

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 juin 2012

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mmes Röthenbacher et Pasche
Greffière: Mme Matile

Cause pendante entre :

M. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Procap, Service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 17 LPGA; art. 87 al. 3 et al. 4 RAI

E n f a i t :

A. a) M. _____ (ci-après: l'assurée), née en 1951, a déposé le 26 juillet 1994 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI), sollicitant une orientation professionnelle et un reclassement dans une nouvelle profession. Elle faisait état d'une dépression nerveuse suite à une séparation conjugale.

Dans un rapport du 6 septembre 1994, le Dr B. _____, médecin généraliste traitant de l'assurée, a retenu les diagnostics d'état dépressif majeur mixte, de périarthrite scapulo-humérale gauche, d'excès pondéral, de hernie hiatale, d'œdème des membres inférieurs post cure de culotte de cheval sur insuffisance veineuse, de troubles statiques vertébraux, et de status après interventions chirurgicales multiples (appendicectomie, deux varicectomies, deux corrections de la cloison nasale, colectomie totale, stérilisation, ovariectomie droite, hystéropexie, cure de subblocusion pour hernie interne, méniscectomie externe gauche). Il a attesté une incapacité de travail de 100% du 2 juillet 1993 au 29 août 1994, et de 50% dès le 30 août 1994. Sur le plan psychique, ce médecin a relevé une amélioration de l'état de santé de l'assurée, laquelle avait retrouvé une activité professionnelle à 50%; il a cependant émis une réserve quant au caractère durable de cette amélioration.

Dans un rapport du 18 février 1996, le Dr B. _____ a relevé que la dépression dont souffrait l'assurée subissait des variations d'intensité en relation principalement avec l'avancée de la procédure de divorce et les problèmes entre l'assurée et sa fille. Il a mentionné des périodes d'incapacité de travail de 50% du 30 août 1994 au 2 avril 1995, de 100% du 19 septembre au 22 octobre 1995, de 100% du 27 avril au 5 juin 1995, de 50% du 23 octobre au 31 octobre 1995, de 100% du 25 août au 10 septembre 1995 et de 100% du 2 au 4 février 1996.

b) L'assurée a par la suite travaillé en qualité de représentante, de février 1996 à fin janvier 1997 pour l'entreprise A. _____, à [...].

Un extrait du compte individuel AVS de l'assurée du 6 novembre 2000 (ci-après: extrait du C.I.), indique une activité de représentante auprès de la société V._____ SA, de février à mai 1997. Ce même document mentionne toutefois que l'assurée a bénéficié des prestations de l'assurance-chômage dès février 1997. Elle a ensuite débuté une formation en marketing qu'elle n'a pas terminée. Elle a encore été employée à plein temps en tant que vendeuse dans une boulangerie de juillet à août 1999.

c) Mandaté en qualité d'expert par l'OAI, le Dr E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a établi son rapport le 12 juin 1998, rapport qu'il a complété le 24 octobre suivant. L'expert a relevé que l'intéressée avait présenté un important état dépressif à la fin de l'année 1991, se situant dans la période d'une crise conjugale, ayant abouti au divorce en juin 1995. Cette évolution dépressive s'inscrivait dans le cadre d'une personnalité allant probablement dans le sens d'une névrose de caractère avec tendance aux somatisations, personnalité qui s'était décompensée devant les difficultés conjugales mais qui avait pu fonctionner à nouveau de façon satisfaisante une fois le conflit réglé, tout en restant fragile. L'expert a encore relevé que l'assurée avait présenté diverses incapacités de travail, mais qu'une pleine capacité de travail avait été retrouvée dès le 1^{er} novembre 1995.

d) Par décision du 29 juin 1999, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Il a indiqué que l'intéressée avait présenté des périodes d'incapacité de travail dès le 2 juillet 1993, interrompues par des périodes de capacité de travail oscillant entre 50% et 100%, et qu'elle avait retrouvé une pleine capacité de travail dès le 1^{er} novembre 1995. Des mesures professionnelles n'étaient donc pas nécessaires et elle ne présentait pas de périodes d'incapacités de travail suivies suffisantes pour ouvrir le droit à la rente.

B. Le 1^{er} mai 1997, M._____ a été victime d'une chute et s'est blessée à l'épaule droite. L'accident a été pris en charge par la Caisse

nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: CNA), qui s'est acquittée des frais médicaux en lien avec l'accident et a versé des indemnités journalières jusqu'au 31 août 2004.

Le 28 juin 2005, la CNA a rendu une décision octroyant à M. _____ une rente d'invalidité de 15% dès le 1^{er} septembre 2004 en raison des séquelles de l'accident du 1^{er} mai 1997 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, par 24'300 francs. Pour calculer le degré d'invalidité, la CNA a procédé à une comparaison des revenus avant et après la survenance de l'accident. La CNA a retenu un gain annuel assuré de 64'399 fr., soit un revenu sans invalidité de 5'400 fr. par mois pour l'année 2004. S'agissant du revenu d'invalidité, elle a indiqué que grâce aux mesures entreprises par l'AI, l'assurée avait été recyclée comme employée de commerce et que, dans cette activité, elle pouvait réaliser un salaire de 4'600 fr. par mois.

C. a) Le 26 janvier 2000, M. _____ a déposé une nouvelle demande de prestations AI, sollicitant une orientation professionnelle ainsi que des mesures de reclassement.

Dans un rapport du 1^{er} mars 2000 adressé à l'OAI, le Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a attesté une atteinte à la santé depuis le 1^{er} mai 1997, date de l'accident dont l'assurée avait été victime. Il a posé les diagnostics d'omarthrose droite débutante et de status après butée antérieure de l'épaule droite en mai 1998. Il a attesté des périodes d'incapacité de travail de 50% du 25 janvier au 22 mars 1999, de 100% du 23 mars au 10 juin 1999, et de 50% dès le 11 juin 1999 en raison d'une évolution défavorable consécutive à la chute en mai 1997 sur l'épaule droite, entraînant une incapacité de travail durable de 50% dans l'activité de représentante exercée jusqu'alors par l'assurée. Il a toutefois précisé que dans une activité légère (manutention légère, surveillance, travail à l'ordinateur), la capacité de travail exigible était de 100%.

b) Du 1^{er} avril au 31 décembre 2000, l'assurée a été employée en tant que responsable des caisses chez I. _____ (ci-après: I. _____), à Chavannes-Renens.

c) Elle a par la suite bénéficié de mesures de réadaptation, comprenant des cours d'anglais, d'allemand et d'informatique et, en parallèle, d'une formation pratique en entreprise prise en charge par l'OAI en vertu de l'art. 17 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20).

L'assurée a ainsi travaillé en tant que secrétaire auprès du R. _____, à Corsier, de septembre 2001 à avril 2002. Il ressort d'un rapport intermédiaire de l'OAI du 26 mars 2002 que la formation pratique prévue auprès de cette société faisait défaut et que la situation sur place se dégradait. Pour ce motif, la formation a été interrompue au mois d'avril 2002, et l'assurée placée en stage, à 50% puis à 80%, auprès de l'entreprise P. _____ (entreprise de formation financée par l'assurance chômage), du 29 avril au 31 décembre 2002. Elle a terminé ce stage en décembre 2002, et reçu un certificat de stage délivré par P. _____ daté du 20 décembre 2002.

Parallèlement, l'assurée a suivi des cours d'informatique, et de langues qui n'ont toutefois pas été menés jusqu'à leur terme notamment en raison de nouvelles incapacités de travail durant l'année 2002.

d) Dans un rapport du 30 janvier 2001, le Dr C. _____ a confirmé le diagnostic d'omarthrose droite et subluxation antéro-inférieure avec, cliniquement, la persistance d'une subluxation inférieure et des craquements à la mobilisation dans un contexte de force encore bonne. Il a indiqué que le scanner pratiqué avait confirmé une omarthrose encore peu avancée sans mettre en évidence une importante usure glénoïdienne et qu'il y avait une indication pour une arthroplastie totale de l'épaule en fonction des symptômes. Il a fait état des limitations fonctionnelles suivantes: pas d'efforts nécessitant de porter des charges de plus de 2 kg ou d'avoir les bras en flexion de 90°, étant précisé que cette limitation

fonctionnelle ne serait pas modifiée par une éventuelle intervention chirurgicale.

e) Le 26 mars 2002, le Dr B._____ a fait état d'une aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée, sous la forme d'une dépression majeure et d'une décompensation psychique depuis début 2002. Il a attesté une incapacité de travail de 50% dans toute activité, et indiqué que l'assurée bénéficiait d'une psychothérapie auprès du Dr [...].

Dans un rapport médical du 9 avril 2002, le Dr C._____ a attesté qu'il n'y avait pas d'évolution concernant l'affection orthopédique au niveau de l'épaule droite depuis son rapport AI du 1^{er} mars 2000, qui restait donc valable.

Le Dr B._____ a encore attesté une incapacité de travail à 100% dès le 25 avril 2002, puis de 50% dès le 8 mai 2002.

f) Mandaté en qualité d'expert par l'OAI, le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a établi son rapport le 15 novembre 2002. Il a notamment retenu les diagnostics de trouble de l'adaptation avec à la fois anxiété et humeur dépressive (CIM-10, F43.22), en rémission, de dépendance aux anxiolytiques (CIM-10, F13.2) et d'hyperphagie boulimique (CIM-10, F50.4). L'expert a relevé qu'il y avait la notion d'un épisode dépressif majeur en 1992 qui aurait duré deux ans avec prise d'un anti-dépresseur, mais qu'actuellement il n'y avait pas d'état dépressif d'importance clinique ni d'autre atteinte psychique handicapante. Il a retenu un trouble de l'adaptation surtout en 2001, dans un contexte de surcharge professionnelle, de type burn-out, suite à un nombre important d'activités et de cours entrepris par l'intéressée. Il a cependant constaté que globalement, l'assurée était une personne ayant des ressources et qui fonctionnait actuellement à plein temps. Il a conclu à l'absence d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique, mais a estimé que des mesures professionnelles étaient exigibles et même demandées par l'assurée.

g) Dans un rapport du 5 mars 2004, le Dr B._____ a posé comme diagnostics affectant la capacité de travail, une omarthrose droite, présente depuis des années, des lombopyalgies gauches, existant depuis deux ans, des arthralgies multiples, présentes depuis plus de dix ans, et un trouble dépressif récurrent, également présent depuis plus de dix ans. Il a retenu que l'état de santé de l'assurée s'aggravait et que l'activité habituelle n'était plus exigible - compte tenu d'une diminution de rendement supérieur à 75% - ni aucune autre activité.

Le 24 mars 2004, le Dr H._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a établi un rapport à l'attention du Dr B._____, dans lequel il a confirmé la présence d'une omarthrose droite sévère, d'une gonarthrose fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire gauche, ainsi que des troubles statiques et dégénératifs sévères du rachis lombaire. Il a conclu à une incapacité totale de travailler dans l'activité de secrétaire, et précisé que «des mesures de réadaptation professionnelles n'entraient pas en ligne de compte, en raison de l'importance du handicap».

Dans un rapport du 28 avril 2004 destiné à l'OAI, le Dr H._____ a confirmé la teneur de son rapport du 24 mars 2004.

h) Mandaté en qualité d'expert par l'OAI, le Dr D._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, a procédé à un examen clinique le 6 octobre 2004. Dans son rapport du 8 octobre suivant, l'expert a retenu les diagnostics d'omalgies droites chroniques, de lombo-pygalgies gauches chroniques, de gonalgies bilatérales, de troubles dégénératifs rachidiens sévères, d'omarthrose droite, d'hypothyroïdie et de status après bypass gastrique le 12 novembre 2003. L'expert a constaté une aggravation importante du status lombaire sous la forme d'une discarthrose L2-L3 devenue sévère en deux ans, justifiant objectivement une aggravation de son atteinte à la santé, en plus de la problématique de l'épaule droite. L'expert a considéré que du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'assurée dans une activité légère, épargnant le port de charges excédant 15 kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, les mouvements répétitifs du membre

supérieur droit principalement au-dessus de l'horizontale, était de 75% depuis le 25 janvier 2002 en tenant compte de la diminution du rendement. Le Dr D._____ a rappelé que l'assurée avait bénéficié de nombreuses mesures professionnelles en 2001 et qu'elle possédait par ailleurs toutes les qualifications requises afin de trouver un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles sans reconversion professionnelle.

D. **a)** Par décision du 14 octobre 2005, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Il a considéré qu'elle présentait une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée à son état de santé. Procédant à l'évaluation de l'invalidité selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus, l'OAI a retenu un salaire sans invalidité de 54'600 fr., et un revenu avec invalidité de 40'384 fr. dans une activité d'employé de bureau à un taux de 75%. Il en résultait un taux d'invalidité de 26,03%, n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité.

Cette décision retenait en particulier ceci:

"En date du 26 janvier 2000, vous avez déposé une demande de prestations. Vous avez exercé diverses activités professionnelles dont première caissière dans un magasin, activité devenue contre-indiquée en raison de votre état de santé.

Des pièces médicales en notre possession, il ressort que votre capacité de travail est de 75% dans une activité adaptée à votre état de santé soit dans une activité qui ne comprend pas de port de charges au-delà de 15 kg, de mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux ainsi que des mouvements répétitifs du membre supérieur droit principalement au-dessus de l'horizontal.

C'est pourquoi, vous avez bénéficié de mesures professionnelles sous forme d'un stage d'orientation puis avez effectué une formation pratique de secrétaire-réceptionniste agrémentée de divers cours dont l'allemand, l'anglais et l'informatique.

Dans une activité d'employée de bureau, vous êtes en mesure de réaliser, à un taux de 75% un revenu annuel de Fr. 40'384.--.

Sans atteinte à la santé et dans votre ancienne activité, vous pourriez prétendre à un revenu annuel de Fr. 54'600.--."

b) Le 17 novembre 2005, l'assurée, désormais représentée par Procap, à Bienne, a fait opposition à la décision précitée en faisant valoir que l'OAI s'était écarté à tort de l'avis du Dr H._____ selon lequel son

incapacité de travail était de 100% dans toute activité. Dans ses observations complémentaires du 5 janvier 2006, l'assurée a encore estimé que l'expertise du Dr D._____ n'était pas probante car l'expert n'expliquait pas les raisons pour lesquelles il s'écartait, s'agissant de l'évaluation de l'incapacité de travail, de l'avis du Dr H._____. Elle ajoutait que bien que l'expert ait relevé qu'elle était à bout d'un point de vue psychologique et physique, l'OAI n'avait pas investigué sur l'aspect psychologique, motifs pour lesquels elle demandait la mise en oeuvre d'une expertise bidisciplinaire rhumato-psychiatrique.

c) Par décision du 6 juin 2007, l'OAI a rejeté l'opposition de M._____, au motif que son état de santé avait fait l'objet d'un examen complet. Il retenait en effet que tant l'expertise psychiatrique du Dr J._____ du 15 novembre 2002 que l'expertise rhumatologique du Dr D._____ du 8 octobre 2004 avaient pleine valeur probante au sens de la jurisprudence fédérale, et que les avis des médecins traitants, les Drs B._____ et H._____, n'étaient pas de nature à remettre en cause les conclusions des experts.

E. **a)** Par acte du 9 juillet 2007, M._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales contre cette décision, en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation et à la reconnaissance de son droit à une rente d'invalidité, subsidiairement au renvoi de l'affaire à l'OAI pour instruction complémentaire. Elle fait grief à l'office intimé de n'avoir pris en compte que l'expertise du Dr D._____, dont elle conteste la valeur probante, au détriment des avis concordants des autres médecins qu'elle a consultés. Elle conteste également le calcul du degré d'invalidité, faisant valoir que le revenu qu'elle aurait obtenu sans atteinte à la santé serait supérieur à celui retenu par l'office. Elle estime en effet qu'il faut prendre en compte le salaire réalisé en tant que représentante chez A._____ et non celui de cheffe caissière retenu par l'office. Elle reproche également à l'OAI de ne pas avoir appliqué une déduction globale de 15% sur le salaire d'invalidé, compte tenu des empêchements propres liés à sa personne. Ainsi, elle estime qu'elle aurait perçu en 2006 un revenu sans invalidité de 72'569 fr. 40. Comparé au

revenu d'invalidé pour une activité de bureau exercée à 75% (réduit de 15% en raison d'un abattement supplémentaire), qui s'élèverait selon elle à 34'264 fr. 40, son degré d'invalidité serait de 52,70%, taux lui ouvrant en tous les cas le droit à une demi-rente.

Dans sa réponse du 24 octobre 2007, l'OAI a indiqué ne pas souhaiter se déterminer dans la présente affaire.

b) Le 17 décembre 2007, la recourante a confirmé ses conclusions et a produit les pièces suivantes:

- un rapport établi le 5 novembre 2007 par le Dr [...], médecin adjoint au Service de médecine intensive adulte du CHUV, qui retient comme diagnostic principal une hernie interne incarcerated avec nécrose jéjunale et iléale proximale, l'assurée présentant également une péritonite secondaire. Il indique que l'assurée a séjourné dans son service du 27 octobre au 4 novembre 2007, date de son transfert aux soins continus du Service de chirurgie viscérale, et qu'une intervention sous la forme d'une résection segmentaire iléale et jéjunale (2,7m en tout) avec anastomose termino-terminale, conversion et rétablissement gastrique (post-bypass gastrique), a été pratiquée le 27 octobre 2007;

- un courrier du Dr B. _____ du 9 décembre 2007, dont il ressort notamment ce qui suit:

"Il est impossible de savoir précisément de quand datent les atteintes décrites par le Dr L. _____ puisque je ne dispose pas d'un examen IRM antérieur pour comparaison. Toujours est-il que l'ensemble des atteintes décrites sont de nature dégénérative, ce qui implique un développement progressif et une aggravation plus ou moins rapide avec le temps. [...] les conséquences actuelles de ces altérations sont des douleurs lombaires intenses limitant l'ensemble des activités possibles. [...] Compte tenu des multiples affections de cette patiente, une activité professionnelle "rentable" (c'est-à-dire non occupationnelle) m'apparaît comme relevant de l'utopie."

Le 9 janvier 2008, la recourante a également produit un rapport du Service de chirurgie viscérale du CHUV, du 19 décembre 2007, dont il ressort qu'elle a été hospitalisée dans ce service du 26 octobre 2007 au 24 novembre 2007 en raison d'un syndrome douloureux

abdominal. Le diagnostic principal est celui de nécrose iléale et jéjunale proximale sur hernie interne étranglée.

Le 15 février 2008, l'OAI a confirmé le bien-fondé de la décision entreprise et s'est rallié à un avis du Dr Q._____, de son Service médical régional (ci-après: SMR), du 14 février 2008, selon lequel les atteintes pour lesquelles la recourante avait été hospitalisée étaient postérieures à la décision querellée, de sorte qu'elles ne sauraient être prises en compte dans le cadre de la procédure.

Le 21 février 2008, la recourante a produit un rapport du Dr L._____, spécialiste en radiologie, relatif à une IRM lombaire effectuée le 12 octobre 2007. Ce médecin conclut à la présence de discopathies et altérations dégénératives osseuses étagées, particulièrement marquées en L2-L3 et L3-L4, en relation avec de probables troubles statiques, entraînant un canal lombaire étroit à ces deux niveaux. Il relève également une sténose du trou de conjugaison L4-L5 gauche par les altérations dégénératives osseuses et maladie de Bastrup à caractère actif.

L'OAI a soumis ledit rapport au SMR qui s'est déterminé dans un avis médical établi le 25 avril 2008 par le Dr Q._____. Le 29 avril suivant, l'intimé s'est rallié à l'avis du SMR. Il en ressort que le rapport produit par la recourante atteste indéniablement une aggravation par rapport aux images disponibles lors de l'expertise du Dr D._____ du 8 octobre 2004. Par contre, cette aggravation n'est, selon l'intimé, pas motivée par des constatations cliniques objectives. De plus, cette aggravation est clairement postérieure à la décision querellée, de telle sorte qu'elle n'a pas à être prise en considération dans la présente cause. Dès lors, l'OAI confirme ses conclusions.

Dans ses déterminations du 30 juin 2008, la recourante rappelle que dans son rapport du 9 décembre 2007, le Dr B._____ a relevé le caractère progressif des atteintes décrites par le Dr L._____ ainsi que leur traduction clinique objective.

Le 8 juillet 2008, la recourante a encore produit une copie du rapport médical du Dr H. _____ du 24 mars 2004, lequel figure déjà au dossier.

F. Le 27 août 2009, le juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique judiciaire.

Cette expertise a été confiée au Dr G. _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, qui a demandé, après l'étude du dossier, à s'adjoindre les services de la Dresse T. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Il a été donné suite à cette requête.

a) Au terme de son examen rhumatologique, le Dr G. _____ a retenu que la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée ne dépassait pas 50%, avec une diminution de rendement de 50%. Il a précisé qu'il y avait une aggravation des problèmes somatiques qui s'était faite de manière progressive, en tout cas depuis décembre 2008, période à laquelle l'assurée avait été examinée par le Dr N. _____.

Le rapport d'expertise du Dr G. _____ du 25 novembre 2010 retient en particulier ceci:

"Les plaintes de l'assurée sont concordantes avec celles figurant au dossier. Elle se plaint essentiellement de trois problèmes ostéo-articulaires:

- Premièrement, des douleurs lombaires en barre irradiant dans les fesses et principalement dans le membre inférieur droit à la face externe de la cuisse jusqu'au genou et parfois jusqu'au pied. Les douleurs sont de forte intensité, améliorées par des infiltrations périurales et exacerbées par tous les efforts. Les douleurs la réveillent toutes les deux heures la nuit et limitent la marche à 100 mètres environ.

- D'autre part elle a une importante limitation douloureuse de la mobilité de l'épaule droite.

- Troisièmement, elle mentionne des douleurs des genoux prédominant à droite avec parfois une impression de gonflement et de lâchage.

Hormis les problèmes orthopédiques, l'assurée est surtout gênée par des problèmes digestifs avec des difficultés de digestion et d'importants problèmes de régurgitation.

[...]

L'examen de l'assurée nous met en présence d'une femme de 59 ans qui, contrairement à ce que l'on aurait pu penser à la lecture de l'imposant dossier, est tout à fait collaborante, non revendicatrice et expose ses plaintes de façon cohérente. Elle présente une obésité, d'importants troubles statiques dorso-lombaires avec une limitation de la mobilité rachidienne dorsolombaire dans toutes les directions. Il n'y a pas de signes neurologiques déficitaires objectifs aux membres inférieurs, avec une force et des réflexes conservés, la manoeuvre de Lasègue est négative. Il y a des troubles sensitifs subjectifs avec diminution de la sensibilité algique à la face externe de la cuisse gauche et sur la cuisse droite. On note des mobilités conservées sur les hanches et les genoux et l'absence de signes inflammatoires articulaires. Il y a une importante limitation de la mobilité, tant active que passive, de l'épaule droite avec d'imposants craquements à la mobilisation; les tests de la coiffe sont tenus mais douloureux. On note des douleurs à la palpation de la région lombo-sacrée en l'absence d'autres points douloureux insertionnels classiquement décrits dans les critères de la fibromyalgie. Il n'y a pas de signes de non-organicité ni de discordance.

L'imposant dossier radiologique confirme les troubles statiques dorso-lombaires prédominant dans la région lombaire avec une scoliose dextroconvexe et des discopathies prédominant aux étages L2-L3, L3-L4, avec une aggravation importante au cours des années entraînant un rétrécissement du canal lombaire et possiblement un conflit avec la racine L5 droite. Les examens par résonance magnétique montrent également un caractère inflammatoire des discopathies L2-L3 et L3-L4 de type MODIC I dont on sait qu'il est significativement corrélé avec des douleurs. On note également une arthrose omo-humérale droite marquée avec tablier ostéophyttaire intérieur et une subluxation inférieure de la tête humérale. Il existe également de discrets troubles dégénératifs des genoux prédominant dans le compartiment fémoro-tibial interne à gauche et sur les compartiments fémoro-patellaires externes des deux côtés.

Au total, sur le plan somatique, il y a une bonne corrélation entre la symptomatologie douloureuse et les limitations fonctionnelles annoncées par l'assurée et les constatations objectives. Il est d'ailleurs constaté que les différents médecins ayant examiné l'assurée sont d'accord sur les différents diagnostics somatiques, alors que les divergences concernent essentiellement leur répercussion sur la capacité de travail exigible.

[...]

Le Dr H. _____ en 2004 estimait que les problèmes somatiques de l'assurée entraînaient une incapacité de travail totale comme secrétaire de même que dans n'importe quelle autre activité. Le Dr D. _____ dans son expertise d'octobre 2004 retenait une capacité de travail de 75% dans une activité légère. En l'absence de psychopathologie incapacitante, seules les anomalies somatiques sont susceptibles d'entraîner une limitation de la capacité de travail. Ces anomalies, dont on a vu qu'elles étaient en concordance avec la symptomatologie présentée par l'assurée, ont nettement progressé au cours des dernières années, tant pour le rachis que pour l'épaule droite. La capacité de travail exigible dans une activité adaptée a très certainement diminué depuis l'expertise du Dr D. _____ en 2004. Actuellement on ne pourrait exiger plus qu'un 50% dans une activité adaptée. Par ailleurs, compte tenu du cumul des pathologies entraînant des douleurs persistantes malgré des traitements bien conduits, une diminution de rendement d'environ 50% doit être prise en compte. Ainsi la capacité de travail résiduelle effective ne dépasse pas 25% quelle que soit l'activité envisagée.

L'aggravation des problèmes somatiques s'étant faite progressivement, il est difficile de fixer une date précise mais, au vu des éléments du dossier, l'incapacité de travail remonte à tout le moins à la période où l'assurée a été examinée par le Dr N._____, à savoir en décembre 2008.

[...]

Compte tenu de l'évolution des dernières années et de l'importance des différentes pathologies, aucune amélioration n'est à prévoir."

b) Dans son rapport d'expertise du 22 novembre 2010, la Dresse T._____ n'a retenu aucun trouble psychiatrique. Elle a observé que l'assurée avait une vie sociale, et avait fait preuve au cours de sa vie des ressources nécessaires qui lui avaient permis de faire face à des événements de vie douloureux. S'agissant des antécédents psychiatriques, elle a noté que ceux-ci étaient apparus dans le contexte d'abord d'un problème de toxicodépendance de sa fille, puis de problèmes de couple, événements qui avaient conduit l'assurée à présenter un épisode dépressif sévère de 1991 à 1992. Selon le Dr E._____, psychiatre mandaté par l'OAI en 1998 pour une expertise, cet épisode avait cependant été suivi d'une nette amélioration après le prononcé de divorce en 1995. La Dresse T._____ a relevé d'autre part que l'assurée avait développé une symptomatologie anxieuse et dépressive en 2001-2002, dans un contexte d'épuisement professionnel. Le Dr J._____ mentionnait dans son expertise du mois de novembre 2002, la rémission du trouble de l'adaptation, et les rapports ultérieurs du médecin traitant ainsi que des spécialistes mentionnaient essentiellement des problèmes physiques invalidant l'intéressée dans sa capacité de travail.

c) Les rapports des deux expertises judiciaires ont été soumis aux parties avec un délai pour déposer leurs déterminations.

Dans son écriture du 11 janvier 2011, l'OAI a indiqué se rallier à l'avis du SMR du 3 janvier 2011 dont la teneur est la suivante:

"Vous demandez de nous prononcer sur les rapports d'expertise demandés par la CASSO.

Celui de la Dresse T._____, psychiatrie FMH, daté du [22].11.2010, ne retient pas d'affection psychiatrique, pas [de] limitation fonctionnelle et une pleine CT [capacité de travail] au plan psychiatrique.

Celui du Dr G._____, rhumatologie et médecine interne FMH, daté [du] 25.11.2010, permet de comprendre que l'assurée présente des affections de l'appareil locomoteur dégénératives, qui se sont péjorées au fil des années: omarthrose droite sévère/lombosciatalgies bilatérales prédominant à D sur troubles dégénératifs et statiques sévères du rachis/gonarthrose bilatérale prédominant à gauche. C'est à juste titre que l'expert admet une CT[capacité de travail] résiduelle limitée à 25% (emploi exercé à 50% avec rendement de 50%) en toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes: port de charge; travaux en flexion-rotation du rachis; station debout ou assise immobile efforts avec le MSD [membre supérieur droit] au-delà de 2 kg, mouvements en élévation et abduction au-delà de 70°. Relevons enfin la bonne congruence entre les plaintes et les examens objectifs (clinique, imagerie), ainsi que l'absence de signes de majoration, d'incohérence et de revendication.

L'aggravation a été progressive, mais suffisamment sévère en fin 2008 pour que de nouvelles investigations aient été mises en place (radiographie et l'IRM du rachis lombaire du 05.12.2008), qui ont confirmé objectivement la péjoration, ce qui permet de retenir, comme le fait l'expert, avec ces éléments objectifs, la période de décembre 2008 comme date d'aggravation avec CT limitée à 25%.

En résumé, ces 2 rapports d'expertise, qui remplissent les critères de qualité requis actuellement, permettent de fixer que l'aggravation de l'état de santé somatique remonte à décembre 2008 et justifie une CT résiduelle limitée à 25% (emploi à 50% avec rendement de 50%) en toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles citées plus haut. Jusqu'à novembre 2008, on s'en tiendra aux conclusions antérieures, à savoir une CT de 75% en toute activité adaptée, comme l'avait admis le Dr D._____ dans son rapport d'expertise d'octobre 2004 (CT que l'expert G._____ ne conteste d'ailleurs nullement). Bien que, comme l'a signalé l'expert G._____, l'aggravation s'est développée progressivement, nous n'avons pas d'élément objectif au dossier permettant de mieux dater les aggravations que ce que propose le Dr G._____."

La recourante s'est déterminée le 9 février 2011 et a admis les conclusions de l'expert G._____, sous réserve du point de départ de l'aggravation de son état de santé qu'elle fixe en 2003-2004 en tout cas. Elle expose que les investigations médicales effectuées en 2008, auxquelles se réfèrent l'expert et le SMR, ne font que confirmer un degré de gravité préexistant. Elle rappelle qu'elle a toujours contesté les conclusions de l'expertise du Dr D._____ d'octobre 2004 sur l'évaluation de sa capacité de travail résiduelle. Elle estime en effet que l'expertise du Dr D._____ n'est pas probante dans la mesure où elle ne prend pas en compte la gravité des problèmes liés à l'omarthrose droite post-traumatique et leurs conséquences sur sa capacité de travail résiduelle. Elle en veut pour preuve que tant le Dr B._____ (cf. rapport du 5 mars 2004), que le Dr C._____ (cf. rapport du 30 janvier 2001) retenaient en 2004 déjà qu'elle ne pouvait plus porter de charges excédant 2 kg. Or, le

Dr D._____ retenait sans autre motivation qu'elle pouvait porter des charges jusqu'à 15 kg. La recourante reproche également au Dr D._____ d'avoir abordé de manière superficielle ses problèmes aux genoux. Elle rappelle à cet égard que le Dr H._____ avait diagnostiqué en mars 2004 déjà une gonarthrose fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire gauche, en sus des troubles statiques et dégénératifs sévères du rachis lombaire, qui rendait inexigible, selon ce médecin, toute mesure de réadaptation professionnelle. Elle s'appuie également sur l'avis du Dr B._____ du 5 mars 2004, qui retenait une perte de rendement supérieure à 75% dans toute activité.

d) Le 19 février 2011, la recourante a encore produit un rapport du 23 décembre 2010 du Dr K._____, spécialiste en rhumatologie, rapport dans lequel ce médecin se rallie à l'expertise du Dr G._____ qu'il juge excellente, mais relève que toute la difficulté réside en l'espèce dans le fait de faire accepter l'invalidité de l'assurée de manière rétroactive peut-être même antérieurement à 2008. Il rappelle que des divergences entre les médecins traitants et l'expert D._____ sur l'appréciation de la capacité de travail existent depuis 2004.

G. A la demande du juge instructeur, la CNA a produit le 25 octobre 2011 copie de l'ensemble de son dossier à la Cour des assurances sociales. Ce dernier a été transmis aux parties pour consultation, avec un délai pour déposer leurs déterminations.

Le 23 décembre 2011, la recourante a estimé que le dossier de la CNA ne faisait que confirmer le fait qu'elle n'était plus en mesure de faire valoir une quelconque capacité de gain dans l'économie depuis janvier 2004 au moins, ce qui lui ouvrait le droit à une rente entière dès le 1^{er} janvier 2005.

Par courrier du 5 janvier 2012, l'intimé a précisé n'avoir aucune remarque à formuler à la suite de la consultation des pièces fournies par la CNA.

E n d r o i t :

1. a) Aux termes de la disposition transitoire de l'article 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administrative à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

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).

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours, qui respecte au surplus les conditions formelles (art. 60 al. 1, 61 let. b LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]), est recevable.

2. a) Est litigieux en l'espèce le droit à la rente d'invalidité de l'assurée faisant suite au dépôt, le 26 janvier 2000, d'une nouvelle demande de prestations sur laquelle l'intimé est entré en matière. L'OAI, pour sa part, admet les conclusions du rapport d'expertise judiciaire du Dr G._____ selon lesquelles la capacité de travail résiduelle de l'assurée est de 25% dans toute activité en raison d'une aggravation des atteintes somatiques dès décembre 2008. Avant cette date, l'intimé soutient que l'assurée bénéficiait d'une capacité de travail résiduelle de 75% dès le 25 janvier 2002 dans une activité adaptée, conformément aux conclusions de l'expertise du Dr D._____ du 8 octobre 2004. La recourante soutient pour sa part que sa capacité de travail résiduelle est de 25% depuis 2004 déjà. Elle critique également le calcul du degré d'invalidité, spécifiquement la détermination par l'OAI du revenu avec et sans invalidité.

b) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b, 116 V 246 consid. 1a p. 248 et les références; cf. encore TF 9C_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4, et 9C_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1), en l'espèce la décision sur opposition du 6 juin 2007. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362, op. cit., consid. 1, 117 V 287 consid. 4 et les références; cf. encore TF 9C_81/2007 du 21 février 2008, op. cit., consid. 2.4, et 9C_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1).

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, en vigueur dès le 1^{er} janvier 2003, et art. 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Quant à l'incapacité de travail, elle 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 (art. 6 LPGA in fine).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré avait droit à un quart de rente, s'il était invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il était invalide à 50% au moins et à une

rente entière s'il était invalide à 66 2/3% au moins. Selon la teneur de cette disposition applicable du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, 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, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

b) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (TFA I 408/05 du 18 août 2006 consid. 3.1 et les références).

c) Aux termes de l'art. 87 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 3). Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 3 sont remplies (al. 4).

Les conditions de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3; 117 V 200 consid. 4b et les références; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2).

Quand l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 41 LAI (actuellement art. 17 LPGGA). Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (TFA I 238/03, op. cit., consid. 2).

4. a) En vertu de l'art. 61 let. c LPGGA, le tribunal cantonal des assurances doit établir les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties; il administre les preuves et les apprécie librement.

Cette disposition, qui consacre le principe inquisitoire, impose au juge de constater d'office les faits pertinents de la cause, après avoir administré les preuves nécessaires. Toutefois, le tribunal peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, il ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait. Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération; le cas échéant, il peut renoncer à l'administration d'une preuve s'il acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée

des preuves, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante, et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (TF 9C_543/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2 et les références; TF 9C_619/2009 du 9 décembre 2009 consid. 3 et les références).

b) 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 également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). Ce dernier constat a été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé 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 (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

c) Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. 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. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). 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. Ainsi au vu de la

divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/2006 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in SVR 2008 IV n°15 p. 43). Ainsi, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2; TF 9C_986/2008 du 29 mai 2009 consid. 4.2).

5. En l'espèce, la situation de l'assurée n'étant pas clairement établie sur le plan médical au vu des avis médicaux divergents des médecins traitants, d'une part, et de ceux du SMR ainsi que des experts mandatés par l'OAI, d'autre part, deux expertises judiciaires ont été mises en œuvre et confiées au Dr G._____, spécialiste en rhumatologie, et à la Dresse T._____, spécialiste en psychiatrie.

a) Dans son rapport du 25 novembre 2010, l'expert G._____ retient, sur la base du dossier radiologique, l'existence de troubles statiques dorso-lombaires prédominant dans la région lombaire avec une scoliose dextroconvexe et des discopathies prédominant aux étages L2-L3, L3-L4. Il observe une aggravation importante au cours des années entraînant un rétrécissement du canal lombaire et possiblement un conflit

avec la racine L5 droite et relève que les examens par résonance magnétique montrent un caractère inflammatoire des discopathies L2-L3 et L3-L4 de type MODIC I qui est significativement corrélé avec des douleurs. Il existe également une arthrose omo-humérale droite marquée avec tablier ostéophytaire intérieur et une subluxation inférieure de la tête humérale, ainsi que des discrets troubles dégénératifs des genoux prédominant dans le compartiment fémoro-tibial interne à gauche et sur les compartiments fémoro-patellaires externes des deux côtés. L'expert relève une bonne corrélation entre la symptomatologie douloureuse et les limitations fonctionnelles annoncées par l'assurée et les constatations objectives. Il en conclut qu'en raison du cumul des pathologies et des douleurs persistantes qu'elles entraînent et malgré des traitements adéquats, la capacité de travail résiduelle de la recourante sur le plan somatique ne dépasse pas 25%, soit 50% dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 50%.

Il y a lieu d'accorder une pleine valeur probante (cf. consid. 4b et c supra) au rapport d'expertise judiciaire du Dr G. _____ du 25 novembre 2010, qui se fonde sur des examens complets, prend en considération les plaintes de l'assurée et a été établi en pleine connaissance du dossier. Les conclusions de l'expert sont, sur la question de la capacité de travail résiduelle de l'assurée, claires et bien motivées; elles emportent la conviction. Au demeurant, elles ne sont, sur ce point, pas contestées par les parties.

b) Sur le plan psychiatrique, la Dresse T. _____ ne retient l'existence d'aucun trouble. Son rapport du 22 novembre 2010 est complet, prend en compte l'historique du dossier psychiatrique de l'assurée et explique de manière convaincante que, si l'assurée a subi par le passé des épisodes dépressifs en relation avec des événements douloureux, elle dispose des ressources nécessaires qui lui ont permis de faire face et de surmonter ces événements. Il y a lieu également de lui reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 4b et c supra), qui n'est d'ailleurs pas contestée par la recourante.

6. Il reste à déterminer la date à partir de laquelle l'aggravation de l'état de santé de la recourante sur le plan somatique a été suffisamment importante pour modifier de manière significative sa capacité de travail résiduelle.

a) Dans son rapport du 25 novembre 2010, le Dr G. _____ relève que l'aggravation des atteintes somatiques s'est faite progressivement, et qu'il est difficile de fixer une date précise. Toutefois, au vu des éléments du dossier, en particulier du dossier radiologique, il retient comme déterminant décembre 2008, période à laquelle l'assurée a été examinée par le Dr N. _____.

L'intimé s'est rallié à l'opinion de l'expert et admet ainsi que l'aggravation est avérée depuis décembre 2008.

La recourante soutient pour sa part que l'aggravation significative de son état de santé remonte à 2004, date à laquelle les Drs B. _____, généraliste, et H. _____, rhumatologue, faisaient déjà état d'une aggravation importante de son état de santé et conduisaient ces médecins à lui reconnaître une incapacité quasi totale de travailler quelle que soit l'activité considérée. Elle estime que l'avis de ses médecins traitants doit prévaloir sur celui de l'expert en rhumatologie, le Dr D. _____, qui retenait en octobre 2004 une pleine capacité de travail dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 25%. Elle expose à cet égard que les répercussions sur sa capacité de travail des atteintes à l'épaule droite et aux genoux (gonarthrose fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire gauche) n'ont pas été suffisamment prises en compte par le Dr D. _____ lors de son expertise et qu'il ne serait dès lors pas possible d'accorder valeur probante à son rapport du 8 octobre 2004.

b) Dans son rapport du 8 octobre 2004, le Dr D. _____ a retenu une aggravation importante de l'atteinte à la santé de l'assurée, sous la forme d'une discarthrose L2-L3 devenue sévère entraînant une diminution de rendement de 25% dans une activité adaptée. Dans son rapport du 5 mars 2004, le Dr B. _____ a retenu pour sa part une

diminution de rendement de 75%, fondée sur les atteintes somatiques et sur un état dépressif récurrent. Quant au Dr H._____, il a attesté, dans son rapport du 24 mars 2004, une incapacité totale de travailler dans l'activité de secrétaire en raison d'une omarthrose droite sévère, d'une gonarthrose fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire gauche, ainsi que des troubles statiques et dégénératifs sévères du rachis lombaire. Il précisait que des mesures de réadaptation professionnelles n'entraient pas en ligne de compte en raison de l'importance du handicap.

aa) S'agissant de l'atteinte à l'épaule droite (omarthrose droite post-traumatique), le diagnostic a été posé par le Dr C._____ en mars 2000. Ce médecin estimait que dans une activité adaptée épargnant le port de charges de plus de 5 kg, l'utilisation du membre droit supérieur au dessus de 90° de flexion ou d'abduction, la capacité de travail de l'assurée était entière. Dans son rapport du 30 janvier 2001, le Dr C._____ relevait la présence d'une omarthrose encore peu avancée sans mettre en évidence une importante usure glénoïdienne. Il estimait qu'il était contre-indiqué que l'assurée fit des efforts nécessitant de porter des charges de plus de 2 kg ou d'avoir les bras en flexion de 90°. Or, dans son rapport d'expertise du 8 octobre 2004, le Dr D._____ retenait que l'assurée pouvait porter des charges jusqu'à 15 kg avec le membre supérieur droit. Il s'est donc écarté sur ce point de l'avis du Dr C._____, qui limitait le port de charges à 2 kg. Toutefois, contrairement à ce qu'en déduit la recourante, cet élément ne remet pas en cause la valeur probante de l'expertise du Dr D._____. En effet, en avril 2002, le Dr C._____ relevait que sur le plan orthopédique, l'état de santé de l'assurée était stationnaire depuis son rapport du 1^{er} mars 2000, dans lequel il avait retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Ainsi selon ce spécialiste, l'omarthrose droite n'empêchait pas l'assurée d'exercer une activité adaptée légère à 100%. Il ne ressort pas du dossier médical une aggravation objective de cette atteinte entre la date du dernier rapport médical du Dr C._____ et celle de l'expertise du Dr D._____, et les médecins traitants n'amènent pas d'argument médical objectif contraire. Dès lors, quelles que soient les limitations fonctionnelles constatées en relation avec l'omarthrose droite, elles ne diminuaient pas,

au moment de l'expertise du Dr D._____, la capacité de travail de la recourante ni son rendement dans une activité adaptée.

bb) En ce qui concerne l'atteinte aux genoux, le Dr D._____ a relevé dans son rapport du 8 octobre 2004 que dans le contexte de gonalgies gauches, la recourante avait bénéficié d'une arthroscopie en 1988 permettant l'ablation d'un kyste profond méniscal externe ayant entraîné une évolution favorable et la disparition complète des symptômes dans les années qui suivirent. Le 3 janvier 2002, l'assurée avait été adressée au Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, en raison de la réapparition de ses gonalgies sans notion de traumatisme. A la lumière de son examen clinique complété par un examen radiologique du genou gauche face et profil permettant d'écarter une lésion osseuse, le Dr S._____ n'avait retenu aucune lésion méniscale ou ligamentaire pouvant expliquer les douleurs de la patiente. Lors de son examen clinique du 6 octobre 2004, l'expert D._____ a pour sa part constaté que la mobilité des genoux était complète et indolore, et qu'il n'y avait pas d'épanchement notoire, de rougeur, ni gradient thermique ni signes méniscaux ou ligamentaires. Il n'y avait ainsi pas, au moment de l'expertise du Dr D._____, de raisons médicales objectives pour retenir que l'atteinte aux genoux avait des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. Le grief de la recourante est sur ce point également mal fondé.

Ainsi, pour la période allant jusqu'au mois d'octobre 2004, il y a lieu de reconnaître une pleine valeur probante au rapport d'expertise du Dr D._____ du 8 octobre 2004, qui remplit les réquisits jurisprudentiels en la matière (cf. consid. 4b supra). En effet, l'appréciation médicale du Dr D._____ est convaincante, bien motivée et s'appuie sur un examen clinique ainsi que sur les éléments objectifs du dossier médical de la recourante (en particulier les avis des Drs C._____ et S._____). Quant aux médecins traitants, s'ils retiennent en 2004 déjà une incapacité quasi totale de travailler quelle que soit l'activité considérée, ils ne font état d'aucun élément objectif, qui n'aurait pas été pris en compte par le Dr D._____. Dans ces conditions, conformément à la jurisprudence du

Tribunal fédéral, il y a lieu de suivre les conclusions de l'expert D._____, selon lesquelles la capacité de travail de l'assurée était de 75% dans une activité adaptée jusqu'en automne 2004 à tout le moins, au détriment de l'avis des médecins traitants (cf. consid. 4c supra).

c) En ce qui concerne la période d'octobre 2004 (date de l'expertise du Dr D._____) à décembre 2008 (date de l'aggravation retenue par le Dr G._____), le dossier médical contient un rapport du Dr L._____ du 12 octobre 2007, auquel est annexée une IRM lombaire pratiquée le même jour, dont il ressort la présence de discopathies et d'altérations dégénératives osseuses étagées, particulièrement marquées en L2-L3 et L3-L4, en relation avec de probables troubles statiques, entraînant un canal lombaire étroit à ces deux niveaux, ainsi qu'une sténose du trou de conjugaison L4-L5 gauche par les altérations dégénératives osseuses et maladie de Bastrup à caractère actif. De nouvelles investigations ont été mises en place à la fin de l'année 2008 (cf. radiographie et IRM du rachis lombaire du 5 décembre 2008 pratiquées à la Clinique [...]), qui ont confirmé objectivement la péjoration de l'état de santé de la recourante. Il n'y a en revanche pas d'autres examens radiologiques ou rapports médicaux au dossier qui établissent pour la période déterminante une aggravation objective de l'état de santé de la recourante. On observe que le Dr B._____ en a lui-même convenu dans un courrier du 9 décembre 2007, dans lequel il indiquait qu'«il est impossible de savoir précisément de quand datent les atteintes décrites par le Dr L._____ puisque [il ne dispose] pas d'un examen IRM antérieur pour comparaison».

Ainsi avant la date de l'IRM lombaire pratiquée par le Dr L._____, faute d'éléments médicaux objectifs au dossier, en particulier d'examens radiologiques ou IRM, l'aggravation de l'état de santé de la recourante ne peut être établie au degré de vraisemblance prépondérante applicable en droit des assurances sociales (cf. consid. 4a supra). Or, l'IRM du 12 octobre 2007 est postérieure à la décision attaquée du 6 juin 2007, et ne peut dès lors pas être prise en compte dans le cadre de la présente procédure selon une jurisprudence constante du Tribunal fédéral (cf.

consid. 2b supra). En tant que le recours porte sur la question de l'aggravation de l'état de santé de la recourante jusqu'au 6 juin 2007, date de la décision sur opposition rendue par l'OAI, il doit ainsi être rejeté, la date déterminante restant à cet égard celle de décembre 2008 admise en cours de procédure par l'intimé, sur la base du rapport d'expertise judiciaire établi par le Dr G._____. Vu les circonstances – et l'aggravation de l'état de santé d'ores et déjà admise –, il appartiendra à l'intimé de prendre une nouvelle décision s'agissant du droit à la rente pour la période postérieure à la décision attaquée, étant précisé que, sur la question de l'aggravation de l'état de santé et du taux résiduel de la capacité de travail dans une activité adaptée, l'office sera lié par les conclusions de l'expertise judiciaire du Dr G._____ du 25 novembre 2010.

7. La recourante conteste dans un second grief le calcul du degré d'invalidité effectué par l'office intimé, spécifiquement la détermination du revenu avec et sans invalidité.

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4; 128 V 29 consid. 1; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

Dans le cas particulier, l'OAI a appliqué la méthode générale de comparaison des revenus, ce qui n'est pas remis en cause par la recourante. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la

rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (ATF 129 V 222, 128 V 174).

8. a) Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2).

b) Pour déterminer le revenu sans invalidité, l'office intimé s'est fondé sur l'activité exercée par la recourante en qualité de responsable des caisses chez I. _____ d'avril à décembre 2000, au motif que le revenu mensuel brut de 4'000 fr. perçu par l'assurée dans ce poste correspondait au gain habituel de la recourante avant l'atteinte. Il n'a à cet égard pas tenu compte du salaire réalisé par l'intéressée dans l'activité de représentante, estimant que cette activité n'avait été exercée que durant une brève période, et que le salaire réalisé ne correspondait pas à ses gains habituels avant la survenance de l'atteinte à sa santé (cf. rapport final de l'OAI du 25 mai 2005).

La recourante soutient pour sa part que le revenu sans invalidité doit être déterminé sur la base de son activité de représentante pour l'entreprise A. _____, poste qu'elle a occupé de février 1996 à janvier 1997 et pour lequel elle percevait un salaire mensuel brut de 5'000 francs. Elle estime avoir travaillé suffisamment longtemps dans ce domaine avant la survenance de l'atteinte à sa santé pour que le salaire réalisé au sein de cette entreprise soit retenu. Elle ajoute que c'est ce salaire qui était assuré au moment de son accident de mai 1997, et qui a été retenu par la CNA pour évaluer son revenu sans invalidité et déterminer son droit à la rente en raison des séquelles de l'accident de mai 1997.

c) En l'occurrence, il ressort du dossier que la recourante a eu durant de nombreuses années une activité d'indépendante, aux côtés de son époux, dans le domaine de la restauration, activité qu'elle a définitivement abandonnée en 1992 comme cela ressort de l'extrait du C.I. du 6 novembre 2000. On ne connaît cependant pas les revenus que l'assurée a générés dans son activité d'indépendante. Elle a ensuite occupé un poste de vendeuse pour la [...] de mai 1992 à décembre 1993 puis a travaillé successivement pour la société [...], d'août à novembre 1994, pour la société [...] en avril 1995, pour la société [...] de juin à décembre 1995, pour la société A. _____ de février 1996 à janvier 1997 et, enfin, pour la société V. _____ SA. S'agissant de cette dernière activité, ni le revenu perçu par l'assurée ni la période durant laquelle cette activité a été exercée ne sont clairement établis. L'extrait du C.I. de l'assurée indique en effet une activité de février à mai 2007, mais ce document mentionne également le versement d'indemnités de chômage pour la même période. Après la survenance de l'atteinte à sa santé (mai 1997), l'assurée a encore travaillé en qualité de vendeuse dans une boulangerie de juillet à août 1999, pour une entreprise de travail temporaire (la société [...]), ainsi que pour le Comptoir suisse durant l'année 1999. D'avril à décembre 2000 enfin, elle a travaillé pour la société I. _____ en qualité de responsable des caisses.

d) Des éléments qui précèdent, on ne peut pas déduire au degré de vraisemblance prépondérante, contrairement à ce qu'en pense l'intimé, que la recourante ait principalement travaillé en qualité de vendeuse pour un salaire mensuel brut moyen de 4'000 fr. avant la survenance de l'atteinte à sa santé. Il ressort au contraire du dossier que l'activité dans laquelle elle a en dernier lieu travaillé le plus durablement, avant la survenance de l'atteinte, est bien celle exercée en tant que représentante, d'abord pour la société A. _____ (pour un salaire mensuel brut de 5'000 fr.), puis pour la société V. _____ SA. Quant à l'activité exercée en tant que responsable des caisses pour l'entreprise I. _____, on constatera qu'elle remonte à une période postérieure au début de l'incapacité de travail qui a débouché sur l'invalidité (art. 29 al. 1 let. b LAI

dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) et qu'elle n'a été exercée que durant neuf mois.

e) Par ailleurs, il ressort du dossier AI que la recourante perçoit une rente d'invalidité LAA depuis le 1^{er} septembre 2004 des suites de l'accident du 1^{er} mai 1997, selon la décision de la CNA du 28 juin 2005, aujourd'hui entrée en force. Or, le revenu sans invalidité dont il a été tenu compte par l'assureur-accident correspond à celui que la recourante a réalisé en tant que représentante, puisque la CNA a retenu un gain annuel de 64'399 fr., soit le montant du salaire annuel brut que l'assurée percevait en 1997 chez A. _____, par 60'000 fr., adapté à l'évolution des salaires pour l'année 2004 (cf. pièces 185 et 194 du dossier CNA).

Certes, les organes de l'assurance-invalidité ne sont en principe pas liés par l'évaluation de l'invalidité de l'assureur-accidents (ATF 133 V 549; TF 9C_751/2007 du 8 août 2008 consid. 3.1), et sont tenus de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité, les uns ou les autres, sans se contenter de reprendre simplement et sans avoir effectué leur propre examen le degré d'invalidité fixé par l'autre assureur (ATF 126 V 288 consid. 3d; TF 9C_1062/2008 du 9 septembre 2009 consid. 4.1).

Cependant, en raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. C'est pourquoi, même si un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Aussi, l'assureur doit-il se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée, une appréciation divergente de celle-ci ne pouvant intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement si certaines conditions sont réalisées. En particulier, peuvent constituer des motifs suffisants de s'écarter d'une telle évaluation le fait que celle-ci repose sur une erreur de droit ou sur une

appréciation insoutenable ou qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré ou encore qu'elle est fondée sur des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles ou, enfin, qu'elle n'est pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 288 consid. 2d; TF U 84/07 du 31 janvier 2008 consid. 2.3.1; TFA I 864/05 du 26 octobre 2006 consid. 2.1).

En l'occurrence, l'OAI n'a pas pris connaissance des résultats de l'instruction du dossier LAA et rien ne justifiait qu'il ne s'écarte des motifs retenus par la CNA pour le calcul du revenu sans invalidité dans le cas particulier (cf. supra, consid. 8 let. d).

Il convient donc de retenir que le salaire sans invalidité de la recourante s'élevait, en 1997, à 5'000 fr. par mois, douze fois l'an. Certes, le contrat de travail conclu entre l'intéressée et A._____, daté du 30 janvier 1995, mentionne un 13^e salaire correspondant à un pourcentage de 3% sur le chiffre d'affaire réalisé par l'employée. Il ressort toutefois de l'extrait du C.I. de l'assurée, que pour l'année 1996 (soit de février à décembre 1996), elle a perçu un salaire de 55'000 fr. brut, ce qui correspond au salaire mensuel de 5'000 francs. On peut donc en déduire que la recourante n'a pas atteint ses objectifs en termes de chiffre d'affaires et n'a ainsi pas perçu de 13^e salaire. Ce montant doit encore être adapté à l'évolution des salaires nominaux entre 1998 et 2007, date à laquelle la décision sur opposition a été rendue (ATF 129 V 222). Le salaire sans invalidité ainsi adapté s'élève à 68'059 fr. 30 (+ 0.7% en 1998; + 0.3% en 1999; + 1.3% en 2000; + 2.5% en 2001; + 1.8% en 2002; + 1.4% en 2003; + 0.9% en 2004; + 1% en 2005; + 1.2% en 2006; + 1.6% en 2007; cf. Indice suisse des salaires publié par l'Office fédéral de la statistique).

9. Il reste à examiner la question du revenu d'invalidité auquel la recourante peut prétendre après la survenance de l'atteinte et les mesures de reclassement mises en œuvre par l'OAI.

a) Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé.

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb; TF 9C_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3; TF I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; VSI 1999 p. 182). Les salaires bruts standardisés mentionnés dans l'ESS correspondent à une semaine de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée du travail hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. Par ailleurs, l'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25% au maximum pour en tenir compte (ATF 134 V 22, ATF 126 V 75).

b) Depuis le 25 janvier 2002, date de l'aggravation constatée par l'expert D._____, l'assurée a une capacité de gain de 75% dans une activité adaptée. Dans le cadre de mesures de reclassement

professionnel, M._____ a travaillé en tant que secrétaire auprès du R._____ de septembre 2001 à avril 2002. De mai à décembre 2002, elle a effectué un stage auprès de l'entreprise P._____, structure de formation financée par l'assurance chômage, à 50% puis à 80%. Elle n'a toutefois obtenu aucun diplôme. S'agissant des cours d'informatique et d'anglais, on ne sait pas si elle est allée jusqu'à la délivrance d'un certificat, une note interne du 8 janvier 2003 de l'OAI faisant état de la faillite de l'entreprise formatrice.

Dans sa décision du 14 octobre 2005, l'OAI estime que l'assurée, dans une activité de bureau, est en mesure de réaliser, à un taux de 75%, un revenu annuel de 40'384 fr. Il ressort du rapport final établi le 25 mai 2005 par la Division administrative de l'OAI que ce calcul se fonde sur les recommandations de la Société suisse des employés de commerce (ci-après: SSEC), le montant retenu correspondant au salaire d'une employée de bureau affectée à des tâches simples, selon toute vraisemblance à la catégorie B (fonction correspondant à un apprentissage d'employé(e) de bureau [2 ans]). Le document sur lequel s'est fondé l'office intimé ne figure pas au dossier et les recommandations de la SSEC ne sont pas accessibles sur son site internet, excepté pour ses membres. On ignore également si ces recommandations sont appliquées dans la pratique par les entreprises. Cela étant, il est difficile de vérifier le bien-fondé et les motifs du choix de l'OAI de déterminer le revenu d'invalidé selon les recommandations de la SSEC. Il convient donc de prendre en considération un tel salaire sous l'angle des données statistiques de l'ESS, dès lors que l'assurée n'est ni au bénéfice d'un apprentissage de deux ans d'employé de bureau ni d'un certificat fédéral de capacité.

c) Si l'on se réfère à la méthode usuelle des données statistiques telles qu'elles résultent de l'ESS pour calculer le salaire d'invalidé, il se justifie de prendre comme salaire de référence celui auquel les femmes effectuant des tâches simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) en 2006, soit 4'019 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2006, TA1; niveau de qualification 4). Même si

l'assurée a été pendant de nombreuses années indépendante et a aussi occupé plusieurs postes comme responsable (responsable de boucherie en 1994 chez [...]; responsable des caisses chez I. _____ en 2000), elle n'est en effet titulaire d'aucun diplôme. Ce salaire doit être adapté à la durée hebdomadaire moyenne usuelle pour les entreprises en 2007 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2009, p. 90, tableau B 9.2) et indexé à l'évolution des salaires nominaux entre 2006 et 2007 (+ 1.6% de 2006 à 2007), soit 4'256 fr. 85, ce qui donne un salaire annuel à 100% de 51'082 fr. 20, soit à 75% un salaire d'invalidé de 38'311 fr. 65. A cela doit encore s'ajouter un taux d'abattement, vu les circonstances personnelles de l'assurée, en particulier celles liées son âge (elle est née en 1951) et à ses limitations fonctionnelles. Un taux d'abattement global de 15% tient compte de l'ensemble des circonstances du cas concret. Le salaire d'invalidé s'élève ainsi à 32'564 fr. 90 (38'311 fr. 65 - 15%).

Le calcul du degré d'invalidité est en définitive le suivant:

Revenu sans invalidité:	68'059 fr. 30
Revenu avec invalidité:	32'564 fr. 90
Perte de gain:	35'494 fr. 40
Degré d'invalidité:	52,15%, ce qui conduit à retenir l'octroi

d'une demi-rente.

10. Il reste à déterminer le moment à partir duquel le droit à la rente doit être reconnu. Selon l'art. 29 al. 2 LAI (dans sa teneur au 31 décembre 2007), le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI. Dans le cas présent, l'assuré a bénéficié d'indemnités journalières versées par l'OAI du 1^{er} septembre 2001 au 31 décembre 2002. La rente étant versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance, le droit à la rente de M. _____ doit être reconnu dès le 1^{er} janvier 2003.

11. Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision de l'OAI réformée en ce sens qu'une demi-rente d'invalidité est octroyée à M. _____ dès le 1^{er} janvier 2003. S'agissant de l'aggravation de l'état de

santé de l'assurée, il appartiendra à l'intimé de rendre une nouvelle décision pour la période postérieure au 6 juin 2007, celui-ci ayant lui-même admis, sur la base du rapport d'expertise judiciaire, que la capacité de travail résiduelle de l'assurée était de 25% dans toute activité dès décembre 2008.

Il reste à statuer sur les frais et dépens de la cause (art. 91 LPA-VD, par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Vu l'issue du litige, il n'y a toutefois pas lieu d'en percevoir (art. 55 al. 1 LPA-VD).

La recourante, qui obtient gain de cause et qui est assistée d'un mandataire professionnel, a droit à l'octroi de dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA), dont le montant doit en l'espèce être arrêté à 2'000 fr. pour tenir compte de l'échange d'écritures et des déterminations rédigés après l'expertise judiciaire.

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

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition rendue le 6 juin 2007 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens qu'une demi-rente d'invalidité est octroyée à M. _____ dès le 1^{er} janvier 2003.

III. Le dossier est transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour qu'il procède conformément aux considérants.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à M. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

V. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap Protection juridique (pour M. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède est également 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).

La greffière: