

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 juillet 2010

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mmes Dormond Béguelin et Moyard, assesseurs
Greffier : M. Germond

* * * * *

Cause pendante entre :

X. _____, à la Tour-de-Peilz, recourante,

et

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

Art. 6 ss LPGA; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1963 et exerçant la profession de serveuse depuis 1994 dépose une demande de prestations AI en date du 29 septembre 1997 tendant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession. L'assurée fait état d'une incapacité de travail entière à compter du 1^{er} mai 1997 pour cause de maladie. S'agissant de ses atteintes à la santé, elle relate un cancer ainsi qu'une ostéotomie du genou droit.

Selon rapport médical du 9 octobre 1997 du Dr T._____, chirurgien FMH, l'assurée s'est trouvée en incapacité totale de travail dès le 7 août 1997 pour une durée alors indéterminée sans que des mesures médicales ne puissent améliorer la situation. Le praticien pose comme diagnostics un comédocarcinome du sein gauche, des varices du membre inférieur gauche et une gonarthrose droite, lesquelles atteintes avaient fait l'objet d'une opération du 7 au 24 août 1997, sans qu'il soit possible de pronostiquer alors si un lymphoedème peut apparaître avec pour incidence de rendre l'assurée définitivement impotente. Ces constats médicaux sont partagés par le Dr W._____, médecin traitant, selon rapport du 29 octobre 1997, étant toutefois précisé que ce dernier fixe le début de l'incapacité totale de travailler au 1^{er} mai 1997.

A l'occasion de l'instruction du dossier, le Dr G._____, médecin conseil de l'OAI, conclut le 6 mars 1998 à l'octroi de mesures de réadaptation et d'indemnités journalières au sens de l'art. 18 RAI (Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201). Il indique à cet effet la fin du versement des indemnités journalières perte de gain au 31 mars 1998 selon les dires de l'assurée ainsi qu'un possible reclassement dans la profession de réceptionniste-téléphoniste.

Selon fiches d'examen interne de l'OAI des 5 mai et 17 septembre 1998, l'assurée fait l'objet d'un reclassement dans une activité adaptée à ses limitations en tant qu'employée de réception au sein d'une

école privée. Ce reclassement se divise en deux phases, savoir une remise à niveau du 20 avril au 30 juin 1998 prise en charge par l'assureur ainsi que le versement d'indemnités journalières au sens de l'art. 18 RAI dès le 29 janvier 1998 puis une prise en charge de mesures de reclassement au sens de l'art. 17 LAI dès le 24 août 1998 au 30 juin 1999.

Un rapport intermédiaire du 17 août 1999 établi par le Dr G. _____ fait état de ce qui suit:

"Nous avons revu l'assurée précitée le 10 août dernier. A cette occasion, Mme X. _____ nous a expliqué qu'elle avait été très éprouvée par l'intervention gynécologique effectuée par le Dr U. _____ le 24.3.99. Alors qu'elle était en convalescence jusqu'au début mai, l'intéressée se trouvait dans un état psychologique l'empêchant selon elle de reprendre les cours à l'Ecole [...]. L'assurée traversait également une période durant laquelle elle ne voyait plus la finalité de cette mini-formation commerciale.

Récupérant petit à petit de l'énergie, Mme X. _____ a finalement pris l'option de faire un essai dans le domaine du service et de la restauration chez [...], ceci dans le cadre de la cafeteria et du restaurant du [...]. Elle a pu de ce fait constater qu'elle pouvait envisager de travailler dans ce milieu, car on a pu lui assurer qu'elle ne serait pas contrainte de porter des charges. Elle aura l'occasion de travailler une semaine de 09h.00 à 16h.00 à la cafeteria, et l'autre semaine de 07h.00 à 16h.00 au restaurant.

Elle commencera son activité d'employée de restauration à la rentrée scolaire, le 23.8.99, et réalisera un revenu horaire brut de fr. 20.--. Elle aura l'occasion, si elle le désire, de travailler durant les vacances scolaires non payées dans le cadre de restaurants d'entreprise de la firme, moyennant qu'elle s'annonce suffisamment à l'avance en début d'année.

Le revenu d'invalidé sera de l'ordre de fr. 41'000.- annuellement, si elle choisit l'option de travailler durant les vacances scolaires dans les autres établissements. Selon nos informations, le revenu hypothétique réalisable en 1999 comme serveuse au [...] à [...] serait de fr. 44'200.- brut annuellement."

Le rapport médical du 3 juillet 2000 du Dr R. _____, médecin généraliste, a la teneur suivante:

"[...]

En fait le problème professionnel de Mme X. _____ se situe vraisemblablement ailleurs.

Cette mère de trois enfants dont aucun ne vit avec elle a un handicap psychique. C'est une personnalité limite avec des traits caractériels et des troubles de l'adaptation ayant entraîné déjà plusieurs tentamens dans le passé (cf. rapports hospitaliers en annexe) ainsi qu'un état anxio-dépressif récurrent.

A cela s'ajoute plusieurs interventions chirurgicales lourdes (colectomie gauche pour dolichocolon en 89, hystérectomie pour dysménorrhées invalidantes en 1999). Une a été particulièrement mutilante en 1997 pour une femme encore jeune. Il s'agit d'une mastectomie avec curage axillaire pour carcinome du sein gauche suivie d'une reconstruction en plusieurs temps, vécue péniblement (surtout la phase de l'expandeur tissulaire).

Le 24.01.2000 Mme X. _____ me signalait des cervico-brachialgies gauches liées à son travail alors que la zone de la prothèse mammaire était calme .

Je sais également que Mme X. _____ a des soucis financiers avec un endettement contribuant à une anxiété qu'elle verbalise mal, étant limitée dans sa faculté d'introspection.

Je ne suis pas en mesure d'évaluer la capacité de travail exacte de Mme X. _____ mais je suis sûr qu'elle est limitée, essentiellement pour des raisons psychiques.

Un examen psychiatrique est donc indiqué et contribuerait utilement à une prise de décision."

Etaient annexés au rapport médical précité, le rapport hospitalier des Drs K. _____ et O. _____ de l'hôpital de [...] à [...] du 19 décembre 1997 ainsi que celui des Drs F. _____ et N. _____ de l'hôpital de zone ([...]) de [...] du 10 juin 1986. Le rapport du 19 décembre 1997 comporte les constatations suivantes:

"[...]

Evolution et discussion

Mme X. _____ est donc hospitalisée dans notre établissement suite à un tentamen médicamenteux. Selon les doses rapportées par le médecin-assistant de l'Hôpital du [...], nous décidons de transférer la patiente aux Soins Intensifs de l'Hôpital de [...], n'ayant pas ce genre de structure dans notre établissement et Mme X. _____ nécessitant un suivi médical afin d'éviter l'apparition d'un état comateux. Nous pratiquons néanmoins d'emblée une paracétamolémie qui s'élève à 19.4 mg/litre, cette dose n'étant pas très élevée. Au moment du départ à l'Hôpital de [...], la patiente hurle disant qu'elle refuse d'être transférée et qu'elle désire rentrer chez elle. Nous tentons alors de la raisonner, afin qu'elle reste au moins dans notre établissement pour la nuit. Devant son refus formel et son état d'agitation important, nous sommes contraints de demander son admission d'urgence à l'Hôpital de [...] afin qu'elle bénéficie d'un suivi médical. Elle est donc transférée le soir même à la [...]."

Quant au rapport hospitalier du 10 juin 1986, il se prononce comme suit sur le cas de l'assurée:

"Discussion du cas:

[...]

Du point de vue psychiatrique, la patiente a été vue par notre psychiatre consultant qui évoque un état dépressif réactionnel à des

problèmes affectifs chez une patiente encore immature, présentant des traits d'allure caractérielle et dépourvus de possibilités d'introspection suffisantes mais réagissant plutôt par un passage à l'acte pour extérioriser ses sentiments. Un rendez-vous lui a été proposé au centre psycho-social le 9 juin 1986 pour suite de la prise en charge."

Le 17 juillet 2000, l'assurée communique à l'OAI que ses limitations l'obligent à poursuivre son activité d'employée de restaurant à mi-temps, précisant à ce propos qu'un tel taux d'activité joue dans la mesure où elle ne force pas.

Dès le début d'août 2000, l'assurée travaille à nouveau comme serveuse remplaçante au bar à café de l' [...] à la [...] et perçoit un salaire mensuel de l'ordre de 1'400.- brut variant en fonction du nombre d'heures effectuées. Elle est également toujours aidée financièrement par le service social. L'assurée fait également part à l'OAI de son espoir, dans un proche avenir, de pouvoir obtenir un engagement fixe avec salaire mensuel.

Un protocole opératoire du 5 décembre 2001 du Dr P._____, neurochirurgien, pose le diagnostic d'insuffisance segmentaire L5-S1 lequel nécessite une spondylodèse postérieure L5-S1 par vis pédiculaires L5 et S1 bilatérales (système monoaxial semi-rigide titane Equation), cages intersomatiques en carbone (PLIF) et greffe intertransversaire. L'intervention chirurgicale a lieu le 2 novembre 2001. Le Dr P._____ relève que cette intervention s'est déroulée sans complications et que le status neurologique post-opératoire immédiat est inchangé.

A teneur de l'avis SMR du 8 janvier 2002 rédigé par la Dresse E._____ à la suite d'un examen clinique pluridisciplinaire effectué le jour même, il appert que compte tenu des séquelles consécutives à l'opération subie au début novembre 2001, des douleurs des deux genoux ainsi que des douleurs non investiguées à l'épaule gauche, la capacité de travail dans l'activité de serveuse est nulle et le restera. Afin de pouvoir déterminer la capacité de travail dans une activité adaptée et pour évaluer les limitations fonctionnelles résiduelles, un réexamen de l'assurée au SMR par un rhumatologue s'avère nécessaire d'ici trois mois.

A teneur de l'avis SMR du 17 juillet 2002, le Dr S._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologue FMH, se prononce comme suit sur le dossier soumis:

"APPRECIATION DU CAS

[...]

La problématique lombaire et, surtout son association avec la problématique au niveau des genoux, contre-indique de manière claire et de manière définitive totalement l'activité de serveuse. En revanche, une activité respectant des limitations fonctionnelles claires est envisageable: les limitations fonctionnelles impliquent la possibilité de pouvoir alterner, environ une fois par heure, la position assise et la position debout, elles contre-indiquent le maintien de la position debout immobile prolongée, elles contre-indiquent absolument le soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg et le port régulier de charges d'un poids excédant 8 kg; par ailleurs la pathologie au niveau des genoux ne permet pas d'envisager une activité impliquant des déplacements réguliers dans des escaliers/escabeaux/échelles, ni des travaux impliquant des genuflexions ou se réalisant en position accroupie. Finalement la problématique prévalant au niveau du MSG contre-indique les travaux impliquant le déploiement de force avec le MSG notamment au-dessus du plan d'un établi.

Une profession qui respecterait rigoureusement les dites limitations fonctionnelles est certainement envisageable dans une optique strictement bio-mécanique. L'exigibilité d'une telle profession adaptée est cependant à mon avis, limitée par l'importance de l'atteinte lombaire tant au niveau qui a été opéré que plus en amont; cette situation, notamment le status post opératoire par spondylodèse, aggrave une incompétence musculaire déjà pré-existante au niveau lombo-abdominal de telle sorte que, essentiellement pour des raisons lombaires, l'activité professionnelle adaptée au plan bio-mécanique n'est exigible qu'à 50%.

Tant la problématique lombaire que la problématique au niveau du genou risque très vraisemblablement d'avoir une évolution fonctionnelle relativement défavorable, tant au plan subjectif qu'au plan objectif, avec une capacité de travail qui risque de s'amenuiser encore à terme. D'autres mesures médicales que celles qui ont été appliquées jusqu'à présent ne sont pas en mesure de modifier significativement le cours de ces affections; le pronostic est donc défavorable. Des mesures de reclassement professionnel sont à envisager en tenant compte de la situation actuelle précaire et d'un pronostic fonctionnel relativement défavorable.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

0% dans l'activité initiale

50% dans une activité bio-mécaniquement adaptée."

Le rapport d'examen SMR du 24 juillet 2002 de la Dresse E._____ partage les constatations, diagnostics et appréciations de son confrère. Une incapacité de travail durable totale dans une activité adaptée aux limitations de l'assurée est reconnue à compter de juillet

2001 avec une aptitude à la réadaptation admise dès juillet 2002. Une révision du cas médical est suggérée dans le délai de deux à trois ans.

Dans une note interne datée du 13 septembre 2002, un collaborateur de l'OAI relève que sur le plan psychologique, si l'assurée présente au premier abord une apparence joviale, dynamique et sympathique, il se cache néanmoins un certain nombre de problèmes. L'assurée présente en effet quelques traits caractériels ainsi qu'une personnalité rigide de sorte qu'elle remet facilement en question ce qui lui est communiqué et a régulièrement tendance à s'opposer au point de vue de l'administration. Il est également constaté à une ou deux reprises durant l'entretien avec l'assurée que cette dernière perd le fil de la pensée et souffre de quelques absences.

Selon questionnaire du 21 août 2002, l'assurée mentionne qu'en l'absence des atteintes à sa santé, en sus de la tenue de son ménage, elle aurait poursuivi à temps complet son activité de serveuse abandonnée dans le courant 1997.

Dans un rapport intermédiaire du 4 novembre 2002, un collaborateur de l'OAI revient sur les affections d'ordre psychologiques relevées lors de l'entretien du 13 septembre 2002 avec l'assurée. Il souligne que globalement l'assurée semble très diminuée sur le plan psychologique. L'OAI s'étonne en particulier que nonobstant l'existence de rapports médicaux au dossier évoquant de tels troubles (cf. le rapport du Dr R. _____ du 3 juillet 2000 ainsi que celui des Drs K. _____ et O. _____ du 19 décembre 1997), le SMR n'en fasse nullement état dans ses différents rapports.

Selon fiche d'examen interne du 18 novembre 2002, l'OAI mentionne que lors de son entretien avec l'assurée, cette dernière lui est apparue très diminuée psychiquement.

Un rapport final du 8 janvier 2003 de la Division administrative de l'OAI indique que l'engagement de mesures de reclassement n'est pas

possible. Un stage d'observation au [...] n'est de même pas envisageable. L'office mentionne qu'un classement du dossier apparaît opportun. L'OAI relève à cet effet que de son point de vue, l'assurée est encore en mesure de valoriser une certaine capacité de gain dans diverses activités professionnelles légères non qualifiées (par exemple opératrice sur machine dans un atelier mécanique, ouvrière au montage de valves, employée d'usine - travaux de montage et câblage ou encore caissière-vendeuse de station-service). En tout état de cause, le droit à l'octroi d'une rente est réservé à un examen ultérieur du cas.

Le 24 février 2004, l'assurée informe l'office qu'elle n'a pas repris d'activité lucrative en raison d'une aggravation de son état de santé. Elle précise s'être faite opérée du dos ainsi que du genou et qu'une pompe à morphine lui a été posée en réponse à ses douleurs.

Dans son rapport du 20 août 2004 le Dr L. _____, spécialiste en anesthésie, relève ce qui suit:

- "A. Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail:
- Failed back surgery syndrome status post spondylodèse L5-S1 dès le 2 novembre 2001
- gonalgies bilatérales, status post ostéotome de valgisation genou D dès 1997, et ostéotomie de valgisation genou G dès 2004.
[...]
- B. Incapacité de travail d'au moins 20% reconnue médicalement dans l'activité exercée jusqu'à ce jour en tant que:
100% de 2.11.01 à en cours.
- C. Questions générales au médecin:
1. L'état de santé de l'assuré (e) est stationnaire.
 2. La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales? Non.
 3. Des mesures professionnelles sont-elles indiquées? Non.
 4. L'assuré(e) nécessite-t-il (elle) des moyens auxiliaires? Non.
 5. L'assuré (e) a-t-il (elle) besoin de l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie? Si oui, depuis quand? Non.
 6. Un examen médical complémentaire est-il nécessaire? Non.
[...]
 7. Point de vue lombaire l'évolution post spondylodèse a été défavorable même si radiologiquement le résultat est satisfaisant, raison pour laquelle après un test d'administration intrathécale de morphine, une pompe Synchromed a été implantée. Avec ce dispositif on observe une diminution d'au moins 50% des douleurs.

Actuellement l'évolution est compliquée par des gonalgies chroniques qui ont motivé, par nos collègues de l'hôpital orthopédique, une ostéotomie de valgisation du genou D. L'ensemble de ces problèmes font que la capacité de travail est nulle de manière définitive quelque soit l'activité."

Selon rapport du 29 mars 2004 du Dr M. _____ du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur au [...], l'état de santé est jugé stationnaire, étant précisé que six semaines après ostéotomie de valgisation l'évolution subjective et objective semble favorable. Sous l'angle strictement orthopédique, l'incapacité de travail en tant que sommelière est jugée totale. Dans un emploi adapté aux limitations, une capacité de travail de 50% pourrait être reconnue étant cependant précisé qu'il faut attendre l'évolution postopératoire du genou gauche pour se prononcer définitivement.

Aux termes de l'avis médical SMR du 9 décembre 2004 de la Dresse E. _____, au niveau du dos une évolution subjectivement défavorable est décrite par le Dr L. _____ en ce qui concerne les douleurs, malgré un résultat radiologique satisfaisant. L'implantation au niveau intrathécal d'une pompe à morphine diminue d'au minimum 50% les douleurs. Partant, il y a plutôt une amélioration de la symptomatologie douloureuse. S'agissant des pathologies des genoux, la Dresse E. _____ relève que le rapport SMR du 17 juillet 2002 en tient compte en posant des limitations fonctionnelles parfaitement claires. L'opération de valgisation du genou gauche pratiquée en 2004 ne modifie nullement ces limitations, voire pourrait même les diminuer de sorte que la capacité de travail arrêtée selon avis SMR de juillet 2002 est définitive. La Dresse E. _____ ajoute que l'assurée a présenté une incapacité de travail totale durant 4 à 6 mois après l'opération à son genou gauche mais que dès ce délai, sa capacité de travail est à nouveau exigible à 50% dans une activité adaptée, voire à un taux supérieur selon l'évolution clinique.

En date du 24 mars 2005, interpellé par l'OAI, le Dr M. _____ s'exprime comme suit:

"[...]"

La capacité de travail de 50%, dans un emploi parfaitement adapté comme il était décrit dans le rapport du 29.03.2004, pourrait être reconnue à la patiente à partir de la fin du 6^{ème} mois post-opératoire comme en atteste la bonne évolution clinique et radiologique après cette ostéotomie de valgisation.

Cette capacité de 50% théorique pourrait être reconnue à partir du 18.08.2004."

Par décision du 27 juin 2006, l'OAI se prononce comme suit sur le droit de l'assurée à bénéficier d'une rente AI:

"Résultat de nos constatations:

[...]

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 1998, Fr. 3'505.— par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires, TA1; niveau de qualification 4).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 50%, le salaire hypothétique est dès lors de Fr. 21'030.— par année.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, par exemple certaines limitations liées au handicap, à l'âge, à la nationalité, à la catégorie de permis de séjour ou au taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à Fr. 17'875.50.

Sans vos problèmes de santé, si vous aviez pu poursuivre votre ancienne activité vous pourriez prétendre à un revenu annuel de fr. 41'891.20.

Vous subissez par conséquent un préjudice économique de l'ordre de 57%.

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:

sans invalidité CHF 41'891.20

avec invalidité CHF 17'875.50

La perte de gain s'élève à CHF 23'724.50 = un degré d'invalidité de 57.00%

Notre décision est par conséquent la suivante:

Dès le 1^{er} juillet 1998, soit à l'échéance du délai de carence d'une année, le droit à une demi-rente était ouvert, toutefois étant donné que vous étiez au bénéfice d'indemnités journalières à cette date, le droit s'ouvre dès le 1^{er} novembre 1998.

Suite à l'aggravation de votre état de santé depuis juillet 2001 cette demi-rente sera remplacée par une rente entière dès le 1^{er} octobre 2001, soit après 3 mois d'aggravation de votre état de santé.

Dès le 24 juillet 2002 à nouveau capacité de travail de 50% dans une activité adaptée et c'est à nouveau une demi-rente qui vous sera accordée depuis le 1^{er} octobre 2002, soit après 3 mois d'amélioration de votre état de santé.

Suite à votre opération du 12 février 2004 nouvelle incapacité de travail totale durant une période de 6 mois et la rente entière sera allouée du 1^{er} mai 2004 (soit après 3 mois d'aggravation).

Dès août 2004 nouvelle amélioration de votre état de santé et la demi-rente est à nouveau allouée dès le 1^{er} novembre 2004 (soit après 3 mois d'amélioration).

Ceci sous déduction des indemnités journalières qui vous ont été versées durant cette période."

Le 27 juillet 2006, l'assurée forme opposition contre cette décision. Elle conteste le taux de 50% tel que retenu, indiquant se trouver en incapacité totale de travailler depuis 2002 conformément à l'avis médical du Dr P._____. Elle relève en sus devoir subir sous peu une nouvelle intervention chirurgicale au dos.

Un rapport médical du 16 octobre 2007 du Dr P._____ auquel est annexé un protocole opératoire après intervention pour révision de la pompe à morphine précédemment installée, énonce les diverses opérations pratiquées depuis novembre 2001. Il ressort ainsi qu'après l'implantation de la pompe à morphine en juillet 2003, de mars 2006 à mai 2007, l'assurée a bénéficié de quatre interventions (blocs facettaires et thermocoagulation facettaire L1-L2 bilatérale) dont un changement de la pompe à morphine. Tout en précisant au préalable que son rapport ne constitue en aucun cas une expertise du fait de sa position de médecin traitant, le Dr P._____ énumère ensuite une série de restrictions et brosse une brève appréciation globale laquelle reconnaît une capacité de travail à 0% en précisant qu'un examen par le médecin-conseil de l'AI paraît indispensable.

Par décision sur opposition du 14 mars 2008, l'OAI maintient sa décision du 27 juin 2006. L'office AI indique qu'après une instruction complémentaire menée suite au rapport médical du Dr P._____ du 16 octobre 2007, faute d'élément médical objectif nouveau, il existe une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. L'OAI recalcule le revenu d'invalidé exigible dans une activité légère de substitution à mi-temps, lequel (22'028 fr. 93 [(3'505 fr. x 41.9h:40h x 12) / 2]) après

abattement de 15% s'élève annuellement à 18'724 fr. 60. Après comparaison avec le revenu annuel sans validité (41'891 fr. 20), le taux d'invalidité s'établit à 55% ($[18'724 \text{ fr. } 60 / 41'891 \text{ fr. } 20] \times 100$). Au vu de ce qui précède, l'opposition formée est rejetée sans frais.

B. Le 8 avril 2008, l'assurée forme recours auprès du tribunal cantonal des assurances du canton de Vaud. Après un bref rappel des faits, la recourante précise déplorer que dès le 1^{er} novembre 2004 seule une demi-rente lui soit octroyée. Elle relève que sa santé se dégrade de jour en jour entraînant des difficultés pour se mouvoir ainsi que des difficultés pour effectuer les tâches ménagères. Ces éléments ne ressortent pas de l'unique examen de l'OAI réalisé en 2002 sur lequel se fonde la décision sur opposition.

Selon réponse du 3 juillet 2008, l'intimé communique ne pas être d'accord avec les éléments invoqués par la recourante. Il rappelle que les seules divergences d'opinion entre les divers médecins consultés sont le résultat d'une appréciation différenciée de la capacité de travail résiduelle. Relevant que les examens cliniques SMR sont le fruit d'une analyse complète du cas, qu'ils prennent en compte les plaintes exprimées et décrivent clairement le contexte médical, que leurs conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. L'intimé est d'avis qu'il n'y a pas matière à s'en écarter. S'agissant de l'aggravation avancée, l'OAI précise que tel n'est pas le cas vu que dans son avis du 20 août 2004, outre une évolution subjective défavorable au niveau des douleurs, le Dr L._____ décrit un résultat radiologique satisfaisant. Ce praticien relate également une diminution d'au minimum 50% des douleurs du dos suite à la pose d'une pompe à morphine. Ces éléments démontrent une amélioration de la symptomatologie douloureuse de la recourante. Pour terminer, le dernier rapport du Dr P._____ ne fournit aucun élément médical objectif nouveau suite à l'avis médical SMR datant de décembre 2004. L'intimé propose le rejet du recours ainsi que le maintien de la décision attaquée.

Par réplique du 7 septembre 2008, la recourante fait grief à l'intimé de ne l'avoir examiné qu'une seule et unique fois en juillet 2002. Elle remet en cause l'exactitude du pronostic sur la diminution par moitié de ses douleurs suite à l'installation de sa pompe à morphine. Elle rappelle que depuis 2001 sa vie s'est passablement péjorée. Au vu de l'ensemble de ses restrictions, elle n'imagine pas pouvoir retrouver un emploi. La recourante requiert un nouvel examen afin qu'il puisse être statué sur son état de santé actuel. Pour terminer, elle souligne ne pas saisir les motifs conduisant l'intimé à qualifier le dernier rapport du Dr P. _____ comme très succinct alors que ce dernier lui a annoncé qu'ensuite de son opération et la pose de la pompe à morphine qu'elle ne pourrait plus travailler.

Dans sa duplique du 30 septembre 2008, l'intimé souligne que les explications complémentaires de la recourante ne lui permettent pas de reconsidérer sa position, de sorte qu'en l'absence d'éléments médicaux nouveaux la décision sur opposition ne peut qu'être confirmée et le recours rejeté.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20 [art. 1 LAI]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du 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, le recours du 8 avril 2008 contre la décision sur opposition du 14 mars 2008 l'a été en temps utile et auprès du tribunal compétent de sorte qu'il est recevable.

b) A teneur de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur dès

le 1^{er} janvier 2009, immédiatement applicable, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives 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).

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), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus partiel de rente AI sans limitation dans le temps.

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 (ATF 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Est litigieuse en l'espèce pour l'essentiel, l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de la recourante et partant celle de son taux d'invalidité, en particulier à partir du mois d'août 2004.

3. a) Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA).

A teneur de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité la diminution de gain, présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Aux termes de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

Pour l'évaluation du degré d'invalidité, seule est déterminante la question de savoir dans quelle mesure la capacité de gain résiduelle de l'assuré peut être exploitée économiquement sur le marché du travail équilibré entrant en considération pour lui (TFA I 875/2005 du 15 novembre 2006, consid. 4; VSI 1998 p. 296 consid. 3b et les arrêts cités). Il n'y a ainsi pas lieu d'examiner si l'assuré peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TFA I 875/2005 du 15 novembre 2006, consid. 4). Un tel raisonnement a pour incidence, en relation avec l'évaluation du degré d'invalidité, de faire abstraction de l'influence causée par d'éventuels exigences de potentiels employeurs dans le contexte d'un engagement de l'assuré.

A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée en fonction du degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins ouvre droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% minimum 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.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, le droit de l'assuré à la rente est soumis aux conditions cumulatives que sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (al. 2) et qu'au terme de cette année il se trouve invalide (art. 8 LPGGA) à 40% minimum (let. c).

b) 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).

c) 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; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.2).

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 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Cependant, le simple fait qu'un certificat médical soit établi à la demande d'une partie et produit durant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve. Le juge est donc tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal, l'assureur-accidents ou un office AI (ATF 125 V 351 consid. 3c; TF 8C_658/2008, 8C_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (TF 9C_67/2007 du 28 août 2007, consid. 2.4).

d) Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur social pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état

de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (TF I 327/2006 du 17 avril 2007, consid. 5.1; RAMA 1993 U 170, p. 136, consid. 4a). Des motifs d'ordre pratique commandent de limiter les cas d'expertise judiciaire aux hypothèses où un élément nouveau est apparu en cours de procédure, alors que l'assureur, pour le surplus, a correctement instruit selon ce que l'on pouvait attendre de lui, et qu'aucun reproche ne peut lui être fait.

4. a) En l'espèce, la décision litigieuse reprend pour l'essentiel la teneur de la décision antérieure sujette à opposition du 27 juin 2006, cette dernière se référant, sous l'aspect médical, aux conclusions de l'avis SMR du 9 décembre 2004 de la Dresse E. _____ ainsi qu'à celles du rapport médical du 24 mars 2005 du Dr M. _____. Ainsi la décision attaquée retient notamment qu'à défaut d'élément médical objectif nouveau, il existe, dès août 2004, une amélioration de l'état de santé, respectivement une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée ouvrant alors le droit à une demi-rente à compter du 1^{er} novembre 2004 (soit après trois mois d'amélioration). La décision attaquée reconnaît valeur probante aux constatations du rapport d'examen SMR du 24 juillet 2002 consécutif à un examen rhumatologique effectué le 17 juillet 2002. Après avoir énoncé un nombre important de limitations, le Dr S. _____ relève qu'une profession qui respecterait rigoureusement les dites limitations serait envisageable dans une optique strictement bio-mécanique à 50%. Il précise toutefois que tant la problématique lombaire que la problématique au niveau du genou risque très vraisemblablement d'avoir une évolution fonctionnelle relativement défavorable, tant au plan subjectif qu'au plan objectif, avec une capacité de travail qui risque de s'amenuiser encore à terme.

Suite aux diverses opérations subies en 2003 consécutivement au rapport d'examen SMR précité, l'OAI a interpellé le Dr P. _____, neurochirurgien. Un rapport médical du 20 août 2004 établi par le Dr L. _____ (pour le compte de son confrère) décrit une évolution post spondylodèse défavorable s'agissant des douleurs même si radiologiquement le résultat s'avère satisfaisant. Selon le Dr L. _____ ce dernier élément a conduit à l'implantation d'une pompe à morphine sur

l'assurée au niveau intrathécal. Le praticien explique que ce dispositif a eu pour effet de permettre une diminution d'au moins 50% des douleurs chez la patiente. Selon ce spécialiste, les douleurs lombaires et les gonalgies font que la capacité de travail de la recourante est nulle de manière définitive quelque soit l'activité. Ces constatations ont ensuite été appréciées par l'OAI selon avis médical SMR du 9 décembre 2004 dans lequel la Dresse E._____ retient qu'au niveau du dos, il existe plutôt une amélioration de la symptomatologie douloureuse à la suite de l'implantation du dispositif d'une pompe à morphine.

Dans son rapport médical du 16 octobre 2007, le Dr P._____ signale que suite à la pose de la pompe à morphine datant de juillet 2003, quatre interventions comprenant la pose de blocs facettaires, des thermocoagulations facettaires ainsi qu'une révision de cette pompe à morphine ont eu lieu. Dans ce même rapport, le Dr P._____ se prononce en faveur d'une capacité de travail nulle de la recourante

b) Selon rapport médical du 29 mars 2004 du Dr M._____, chef de clinique orthopédique, l'état de santé de sa patiente était stationnaire avec évolution subjective et objective favorable. Sous l'angle strictement orthopédique, l'incapacité de travail en tant que sommelière est jugée totale. A l'inverse, dans un emploi adapté aux limitations, une capacité de travail de 50% pourrait être reconnue sous réserve toutefois de l'évolution postopératoire du genou gauche. Interpellé par l'OAI, le Dr M._____ se prononce définitivement à fin mars 2005 dans le sens de la reconnaissance d'une capacité de travail de 50% dans un emploi parfaitement adapté tel que décrit dans son précédent rapport, ceci dès le sixième mois postopératoire soit dès le 18 août 2004.

c) Si la situation médicale semble claire en ce qui concerne les gonalgies que présentent la recourante et leur influence sur sa capacité de travail selon le Dr M._____, force est de constater que tel n'est pas le cas de la pathologie lombaire. Le fait que la Dresse E._____ relève le 9 décembre 2004 que les douleurs de l'assurée n'ont pu que s'améliorer avec la pose d'une pompe à morphine n'est pas suffisant pour retenir une

capacité de travail de 50% dans une activité adaptée au regard des rapports des Drs L._____ du 20 août 2004 et P._____ du 16 octobre 2007 qui attestent une incapacité de travail totale dans toute activité en raison de l'aggravation de la pathologie lombaire et de son évolution défavorable, pronostic qui avait déjà été posé par le Dr S._____ le 17 juillet 2002.

d) Il s'ensuit qu'à l'examen des pièces constituant le dossier transmis, la Cour de céans ne saurait considérer que la décision litigieuse se fonde sur une étude suffisamment circonstanciée du cas sur le plan médical, notamment somatique. Il appert de surcroît que le volet psychiatrique du dossier s'est trouvé totalement occulté par le SMR au travers de son examen du cas d'espèce. Ce constat est d'autant plus marquant que le dossier remis recèle plusieurs éléments médicaux attestant de la présence d'affections d'ordre psychique chez la recourante. Ainsi dans son rapport du 3 juillet 2000, le Dr R._____ décrivait être certain que la capacité de travail de la recourante se trouve limitée pour des motifs psychiatriques de sorte que, de l'avis de ce praticien, un examen psychiatrique s'avérait indiqué (voire nécessaire) afin de pouvoir se prononcer en pleine connaissance sur le cas soumis. Les altérations psychiatriques précitées ont également été relevées par l'intimé lui-même à l'occasion d'un entretien avec la recourante datant de la mi-septembre 2002. Dans une fiche d'entretien datée du 13 septembre 2002, l'OAI indique effectivement qu'au cours de l'entretien en question, il a été constaté à une ou deux reprises, une perte du fil de la pensée ainsi que quelques absences. A l'occasion de l'instruction du dossier (cf. rapport intermédiaire du 4 novembre 2002), l'OAI s'étonnait lui-même du fait, qu'au travers de ses différents avis ou rapports, le SMR ne fasse nullement état de quelques problèmes d'ordre psychiatrique, quand bien même plusieurs pièces médicales au dossier s'en faisaient pourtant l'écho. Tant le rapport médical du Dr R._____ du 3 juillet 2000 que le rapport hospitalier des Drs K._____ et O._____ du 19 décembre 1997 et celui des Drs F._____ et N._____ du 10 juin 1986 mettaient clairement en évidence que la recourante avait des traits caractériels accompagnés de troubles de l'adaptation l'ayant conduit, par le passé à des tentamen, à

des crises de démence allant même jusqu'à forcer, vers la mi-décembre 1997, son admission d'urgence en hôpital psychiatrique.

Au regard des divers rapports des 10 juin 1986, 19 décembre 1997 et 3 février 2000, le SMR ne pouvait de toute évidence pas ignorer les problèmes psychiatriques de la recourante et l'autorité intimée aurait dû compléter l'instruction de la présente cause. A l'aune de ce qui précède, la décision contestée ne se basant pas sur une analyse médicale complète du cas de la recourante (sur les plans psychiatrique et somatique), il s'ensuit que l'instruction des faits de la cause requiert la mise en œuvre, par l'intimé, d'une expertise pluridisciplinaire psychiatrique et rhumatologique confiée à un expert externe à l'OAI. Une fois cette expertise pluridisciplinaire réalisée, il appartiendra alors à l'intimé d'apprécier le taux d'invalidité de la recourante puis de rendre une nouvelle décision.

5. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis, ce qui entraîne le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants précédents, puis nouvelle décision sur le droit de l'assurée à l'octroi de prestations AI.

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

A teneur de l'art. 61 let. g LPGA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal, leur montant étant déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige. Toutefois, selon l'art. 52 al. 1 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 des tâches publics, tels les OAI (cf. art. 54 ss LAI). Partant, compte tenu de son issue, le présent arrêt doit ainsi être rendu sans frais.

La recourante obtenant gain de cause sans le concours d'un avocat, elle ne saurait prétendre à l'allocation de dépens à l'occasion de la présente procédure (art. 55 al. 1 LPA-VD a contrario).

**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 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 14 mars 2008 est annulée.
- III.** La cause est renvoyée à l'intimé afin qu'il en complète l'instruction dans le sens des considérants, puis rende une nouvelle décision.
- IV.** Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- X. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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 :