

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 2 décembre 2010

---

Présidence de M. ABRECHT  
Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Schizas, assesseurs  
Greffière : Mme Favre

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.** \_\_\_\_\_, à Montreux, recourante, représentée par Me Eduardo Redondo,  
avocat à Vevey,

et

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

---

**Art. 7; 8; art. 16; 17 LPGA; art. 4 LAI; art. 88a al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** K. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née le 23 mars 1964, est mariée et mère de deux enfants. Elle travaillait comme aide-infirmière à l'Hôpital de Montreux. Le 20 août 2002, elle a fait une chute sur son lieu de travail, qui a entraîné une distorsion du genou droit et une rupture du ligament croisé antérieur. Elle a bénéficié d'une plastie ligamentaire trois semaines plus tard, puis d'un débridement arthroscopique et d'une greffe cartilagineuse en février 2003. Elle a déposé le 7 octobre 2003 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) une demande de prestations AI pour adultes, tendant à l'octroi d'une rente.

**b)** Une expertise au COMAI de Genolier effectuée à la demande de l'assureur accidents (la H. \_\_\_\_\_), qui a fait l'objet d'un rapport d'expertise du 8 juin 2004 signé par le Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et par le Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, concluait à des troubles fonctionnels du genou droit avec chondropathie, à une dysthymie et à un trouble de l'adaptation. Selon cette expertise, une reprise de l'activité antérieure était alors impossible, même à temps partiel (cf. lettre A.d infra).

**c)** A la demande de l'OAI, le COMAI de Genolier a réalisé un complément d'expertise en 2005 afin de préciser les limitations fonctionnelles ainsi que l'exigibilité de l'activité habituelle d'aide hospitalière et d'une activité adaptée. L'examen a eu lieu le 26 mai 2005. Du rapport d'expertise du 18 août 2005, signé par le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et par la Dresse W. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, il ressort notamment ce qui suit (p. 16-19):

"Discussion

Madame K. \_\_\_\_\_ est victime en août 2002 d'une entorse du genou droit et subit pour une déchirure de ligament croisé antérieur une plastie de ce dernier suivie ensuite d'une greffe ostéo-chondrale du condyle interne. A la suite de cet accident elle a une longue rééducation. Une première expertise est effectuée pour la H. \_\_\_\_\_ datée du 8 juin 2004, effectuée conjointement par les Docteurs X. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_.

Depuis cette expertise, la situation subjective au niveau de son genou droit semble s'être plutôt légèrement améliorée, toutefois, Madame K. \_\_\_\_\_ est dépendante d'une canne pour ses déplacements à l'extérieur, car elle craint les lâchages qui la font tomber. Elle consomme du [...] à raison de 200 mg sous forme retard par jour et du [...] ou du [...] en réserve.

Elle déclare spontanément que les déplacements sont limités à trois quarts d'heure, sinon son membre inférieur droit « enfle », la station assise prolongée entraîne des douleurs qui remontent à la cuisse et les douleurs de déverrouillage lorsqu'elle se remet debout, les stations alternées debout/assise semblent bien supportées.

Sur le plan orthopédique, nous trouvons lors de la présente expertise un genou droit sec, sans signes inflammatoires, avec un discret Lachman de 5 mm mais pas de ressaut en rotation, un syndrome fémoro-patellaire algique à droite plus qu'à gauche, avec une appréhension rotulienne mais pas de rabot objectif franc.

En outre, les mobilités sont complètes et l'atrophie musculaire modérée. En revanche, il y a une boiterie caricaturale d'évitement du membre inférieur droit.

Sur le plan radiologique, on relève une subluxation fémoro-patellaire ddc, mais avec une composante d'arthrose fémoro-patellaire externe plus marquée à droite qu'à gauche, il se rajoute une atteinte ostéo-cartilagineuse du condyle interne en zone de charge à droite, visible à l'IRM, mais entraînant sur le plan de la radiographie standard une arthrose fémoro-tibiale interne encore modérée.

En résumé, s'il y a bien des éléments objectifs aussi bien à l'examen clinique que sur les documents radiologiques, les plaintes subjectives sont largement supérieures à ce à quoi on pourrait s'attendre au vu des constatations objectives.

Sur le plan psychosocial, Madame K. \_\_\_\_\_ est une Bosniaque âgée de 41 ans qui vit en Suisse depuis 1980. Fille unique, originaire d'un milieu agricole paysan et d'un petit village, elle vient en Suisse à 17 ans avec un cousin maternel, d'abord pour garder ses enfants, puis travaille comme sommelière en Valais. En 1988, elle épouse un compatriote bosniaque de 15 ans son aîné, le couple a deux enfants. Le mari est en bonne santé. En 1995, elle suit des cours Croix Rouge pour devenir aide hospitalière.

Sur le plan psychique, l'assurée présente suite au décès subit de son père et ses problèmes orthopédiques une évolution dépressive, mais la situation s'améliore notablement depuis le début 2005, l'état dépressif disparaîtra. Elle souhaiterait pouvoir reprendre une activité professionnelle avec l'aide d'IPT qui l'a déjà suivie en février et mars 2005. Il n'y a actuellement plus de psychopathologie observée, la capacité de travail est totale.

(...)

### *1. Quelles sont actuellement les limitations fonctionnelles ?*

Sur le plan subjectif, Madame K. \_\_\_\_\_ présente des douleurs nécessitant des anti-inflammatoires à hautes doses et elle porte une canne, en raison d'une sensation d'instabilité du genou droit, elle déclare ne pas pouvoir rester assise de façon prolongée, car cela entraîne d'importantes douleurs de déverrouillage et des douleurs qui remontent dans la cuisse.

Sur le plan objectif, à part une démarche d'évitement du membre inférieur droit caricaturale, l'examen clinique objectif articulaire du genou droit montre une instabilité discrète (Lachman de 5mm), une désaxation fémoro-patellaire avec arthrose fémoro-patellaire

débutante, mais absence d'épanchement et peu d'atrophie musculaire, mobilité complète.

Au vu donc de l'examen clinique des genoux de Madame K. \_\_\_\_\_ et des documents radiologiques à leur disposition, les experts pensent que l'arthrose fémoro-patellaire sur subluxation bilatérale et la gonarthrose interne débutante du côté droit justifient l'abstention de tout mouvement d'accroupissement ou mise à genou, l'abstention de port de charge ou de marche prolongée avec notamment des descentes dans les escaliers, mais qu'en revanche des déplacements même répétés de courte durée et sans charge peuvent parfaitement bien être effectués, avec des positions assises qui ne doivent pas être trop prolongées, car on peut expliquer les douleurs de déverrouillage par la compression fémoro-patellaire souvent ressentie comme très douloureuse en position assise prolongée.

Il n'y a actuellement plus de nécessité d'utiliser une canne anglaise.

Sur le plan psychique, pas de limitation.

*2. Quelle est sa capacité de travail (théorique) dans une activité adaptée à ces limitations fonctionnelles ?*

Sur le plan orthopédique, dans une activité adaptée, l'activité professionnelle pourrait être sub-totale à totale, en tenant compte peut-être, s'il s'agit d'une station assise essentiellement, de la nécessité de déverrouillage régulier par des déplacements.

Sur le plan psychique, il n'y a aucune limitation de la capacité de travail, et l'assurée souhaiterait pouvoir retravailler si on l'aide à se réinsérer professionnellement.

*3. Depuis quand?*

Etant donné l'amélioration de l'état de santé depuis début 2005, il peut être estimé que la capacité de travail est pleine depuis le jour de l'expertise."

**d)** Dans un avis médical SMR du 16 septembre 2005, le Dr G.\_\_\_\_\_ a retenu, sur la base de l'expertise du 8 juin 2004 et du complément d'expertise du 18 août 2005, que l'assurée présentait une incapacité de travail totale depuis le 29 août 2002 dans son activité habituelle d'aide hospitalière, mais présentait une capacité de travail exigible de 100% dans une activité adaptée. Il a exposé ce qui suit:

"Une expertise au COMAI de Genolier à la demande de la H.\_\_\_\_\_ (juin 2004) concluait à des troubles fonctionnels du genou droit avec chondropathie, dysthymie et trouble de l'adaptation. La reprise de l'activité antérieure était alors impossible, même à temps partiel.

Un complément d'expertise a été réalisé en août 2005 afin de préciser les limitations fonctionnelles et l'exigibilité. Il apparaît que la situation s'est améliorée. Le genou droit est calme, avec une discrète instabilité, les mobilités sont complètes. Radiologiquement il existe une arthrose encore modérée. Les experts sont frappés par la discordance entre les symptômes caricaturaux et l'examen clinique et radiologique. Au plan psychique, l'assurée a présenté une évolution, dépressive suite au décès de son père, mais la situation s'améliore depuis le début de 2005. Actuellement, il n'y a plus de limitation fonctionnelle psychiatrique.

Les experts concluent que l'assurée pourrait reprendre une activité adaptée sans diminution significative de rendement."

**e)** Une expertise médicale bidisciplinaire a encore été demandée par la H.\_\_\_\_\_ au CEMed de Nyon. Du rapport d'expertise du 19 mai 2006, signé par le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et par le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, il ressort notamment ce qui suit (p. 12-14):

"Conclusions

Sur le plan locomoteur, il n'y a pas eu de changement manifeste depuis l'expertise précédente.

Sur le plan psychique, l'assurée ne mentionne aucune plainte significative, à l'observation, il n'y a aucune psychopathologie mise en évidence, notamment invalidante. La capacité de travail est totale.

(...)

*4. Quelle est actuellement la capacité de travail exigible, eu égard à la profession de l'assurée (...) ?*

La profession d'aide infirmière n'est plus exigible.

(...)

L'état de santé actuel est stabilisé.

(...)

Les activités qui ne sont plus réalisables en raison des conséquences de l'accident sont principalement les marches de longues durées, les montées et descentes répétitives d'escaliers, les stations debout de longue durée immobiles, la marche sur terrain inégal.

Ces restrictions sont indiquées en raison du développement d'une gonarthrose du genou droit accompagnée d'une instabilité."

**B.**        **a)** Le 4 octobre 2006, l'OAI a adressé à l'assurée un projet d'acceptation de rente limitée dans le temps depuis le 1<sup>er</sup> août 2003 et jusqu'au 31 juillet 2005, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé de l'assurée permettant à celle-ci d'exercer dès le 26 mai 2005 des activités adaptées respectant ses limitations fonctionnelles.

**b)** Par décision du 20 octobre 2006, confirmée par décision sur opposition du 6 septembre 2007 contre laquelle un recours a été formé

auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud mais écarté comme tardif (CASSO AA 127/07 du 9 novembre 2007), la H. \_\_\_\_\_ a alloué à l'assurée une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux de 20% et une rente d'invalidité fondée sur un gain assuré de 48'991 fr. et sur un taux d'invalidité de 17%, en retenant – sur la base de l'expertise du COMAI de Genolier du 18 août 2005, de l'avis du SMR du 16 septembre 2005 et de l'expertise du CEMed du 19 mai 2006 – que l'assurée avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

**c)** En date du 5 mars 2007, l'OAI a rendu une décision formelle motivée reprenant les termes du projet de décision du 4 octobre 2006. Sur la base de l'enquête suisse sur la structure des salaires, l'OAI a fixé le revenu avec invalidité en 2003 (année d'ouverture du droit à la rente) à 43'611 fr. 51, compte tenu d'un abattement de 10% pour les limitations fonctionnelles, et le revenu sans invalidité, correspondant au salaire que l'assurée aurait obtenu dans son ancienne activité d'aide-infirmière, à 51'767 fr. 30.

L'OAI a retenu que l'assurée avait été en incapacité de travail entière depuis le 29 août 2002 pour des gonalgies droites résiduelles après plastie du ligament croisé antérieur et un état dépressif réactionnel. Il ressortait toutefois d'un complément d'expertise médicale réalisé en août 2005 que la situation s'était améliorée et que l'état de santé de l'assurée lui permettait dès le 26 mai 2005 d'exercer des activités adaptées respectant ses limitations fonctionnelles. Dès lors, la recourante avait droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps depuis le 1<sup>er</sup> août 2003 et jusqu'au 31 juillet 2005, soit trois mois après l'amélioration intervenue en mai 2005. Dès le 1<sup>er</sup> août 2005, le degré d'invalidité, résultant d'une comparaison entre les revenus sans invalidité (51'767 fr. 30) et avec invalidité (43'611 fr. 51), était de 15% et le droit à la rente s'éteignait.

**d)** Par décision du 4 mai 2007, l'OAI a fixé le montant de la rente ordinaire due à l'assurée, de la rente complémentaire pour conjoint et des rentes pour enfants.

**e)** A la suite d'un courrier du conseil de l'assurée du 31 janvier 2008, auquel était joint un courrier du B.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 14 décembre 2007, il s'est avéré que les décisions du 5 mars 2007 et du 4 mai 2007 n'avaient jamais été communiquées au conseil de la recourante et n'avaient donc pas pu entrer en force. Dès lors, par courrier du 17 mars 2008, l'OAI a indiqué adresser au conseil de l'assurée copie de la motivation du 5 mars 2007 ainsi que de la décision de rente du 4 mai 2007 et l'a informé qu'un nouveau délai de recours commençait à courir à réception dudit courrier. Comme les annexes manquaient, l'OAI les a adressées au conseil de l'assurée par courrier du 1<sup>er</sup> avril 2008, en lui confirmant que le délai de recours commençait à courir à réception de ce nouveau courrier.

**f)** Le courrier précité du Dr B.\_\_\_\_\_ du 14 décembre 2007, adressé au médecin-conseil de la H.\_\_\_\_\_, a la teneur suivante:

"La patiente prénommée s'est présentée à ma consultation en date du 27 novembre 2007, pour un problème concernant son genou D. Cette patiente a été victime d'une entorse grave du genou le 29 août 2002. Elle a été prise en charge par le Docteur [...], qui a procédé à une première intervention sous forme d'une plastie du LCA. Lors de l'intervention, ce même médecin a constaté de graves lésions cartilagineuses motivant une seconde opération le 20 février 2003, sous forme d'une plastie cartilagineuse. L'évolution chez cette patiente n'est pas favorable. Cette patiente est handicapée. Elle marche avec une canne. A d'importantes douleurs. Elle ne parvient pas à se sevrer de ses cannes.

J'ai examiné cette patiente le 30 novembre 2007. J'ai mis en évidence une souffrance du compartiment fémoro-tibial int., siège de lésions du cartilage liées à l'accident du mois d'août 2002. J'ai procédé à un bilan par IRM et par radiographies du MI totaux. Ces examens ont permis de mettre en évidence cette souffrance du cartilage associée à un axe mécanique passant plutôt sur le versant int. à D, alors qu'il est normoaxé à G. Dans un premier temps, j'ai

proposé à cette patiente un reconditionnement musculaire ainsi qu'une rééducation de la mobilité en physiothérapie.

L'étape suivante en cas d'absence d'amélioration serait de proposer à cette patiente une ostéotomie de valgisation du tibia proximal afin de soulager le compartiment fémoro-tibial int. Dans l'optique d'un tel traitement, je voudrais savoir dans quelle mesure la Vaudoise prend en charge une telle intervention. Je rappelle que cette patiente est au bénéfice d'une assurance LAA auprès de la Vaudoise avec un complément pour le privé."

**C. a)** Par acte du 5 mai 2008, l'assurée a recouru auprès du Tribunal des assurances contre la décision de l'OAI du 5 mars 2007, en faisant valoir en substance ce qui suit:

La décision attaquée se fonde, pour retenir que la recourante avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le mois de mai 2005, sur l'expertise du COMAI de Genolier du 18 août 2005. Elle se fonde en outre sur l'expertise du CEMed du 19 mai 2006, dont il ressort que la recourante a subi en octobre 2005 un second accident à la suite du lâchage de son genou; les experts, qui parviennent à la conclusion que l'activité habituelle d'aide infirmière n'est plus du tout exigible, ne se prononcent pas sur l'exigibilité d'une activité adaptée à l'état de santé. L'expertise du 19 mai 2006, soit la plus récente, met en lumière l'existence d'une instabilité chronique du genou qui ne serait absolument pas compatible avec l'appréciation du COMAI de Genolier du 18 août 2005. La décision attaquée se fonderait ainsi sur une appréciation médicale erronée et incomplète, ne tenant en particulier pas compte de l'évolution ultérieure défavorable, laquelle résulte de l'expertise du 19 mai 2006 mais aussi du rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ du 14 décembre 2007, qui a mis en évidence l'existence de lésions du cartilage au niveau du compartiment fémoro-tibial interne associé à un axe mécanique inversé sur le côté droit. La recourante conclut ainsi principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité pour une durée indéterminée, et subsidiairement à la mise en œuvre d'une

expertise médicale, qu'elle souhaite voir confiée au Dr B.\_\_\_\_\_, afin d'évaluer sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée.

**b)** Dans sa réponse du 23 septembre 2008, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il fait valoir que l'expertise médicale du COMAI de Genolier du 18 août 2005 conclut à une pleine capacité de travail et que celle effectuée par le CEMed le 19 mai 2006 à une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Dès lors qu'aucun élément objectivement vérifiable n'a été ignoré, il n'y aurait pas lieu de s'écarter de cette appréciation. Une nouvelle expertise ne s'avérerait pas nécessaire, puisque les expertises de 2005 et 2006 ne sont pas contradictoires et remplissent tous les critères posés par la jurisprudence pour que pleine valeur probante leur soit reconnue. Quant à l'avis du Dr B.\_\_\_\_\_ du 14 décembre 2007, il n'apporterait aucun élément nouveau et ne contiendrait pas de constatations objectives susceptibles de justifier une aggravation, le Dr B.\_\_\_\_\_ ne s'exprimant d'ailleurs pas sur la capacité de travail de l'assurée.

**c)** Par réplique du 15 octobre 2008, la recourante - qui a entre-temps été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire - soutient que les expertises du COMAI de Genolier du 18 août 2005 et du CEMed du 19 mai 2006 n'analysent pas la problématique de l'existence, au niveau du genou droit, d'une souffrance du compartiment fémoro-tibial interne associée à un axe mécanique passant sur le versant interne à droite (normo-axé à gauche). Or cette atteinte a nécessité une ostéotomie de valgisation du tibia proximal. Cette intervention chirurgicale a été réalisée le 26 mars 2008 par le Dr B.\_\_\_\_\_, ainsi que cela ressort d'un certificat médical de ce praticien daté du 25 avril 2008 et produit à l'appui de la réplique. La recourante produit également, à l'appui de sa réplique, un courrier du Dr B.\_\_\_\_\_ du 3 octobre 2008 adressé à son conseil et dont il ressort que lorsque ce praticien a vu la recourante pour la première fois en consultation le 27 novembre 2007, l'appui sur le membre inférieur droit n'était pratiquement pas possible en raison de ses douleurs, de sorte qu'aucune activité professionnelle n'était envisageable; après l'intervention chirurgicale du 26 mars 2008, les douleurs ont nettement

régressé et la recourante dispose aujourd'hui d'une capacité de travail de 50% dans une profession adaptée comme aide infirmière.

**d)** Dans sa duplique du 12 novembre 2008, l'OAI indique qu'il n'a rien à ajouter à la décision attaquée ainsi qu'à sa réponse du 23 septembre 2008.

**e)** Une expertise judiciaire orthopédique a été ordonnée et confiée au Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-chef à Hôpital de St-Loup. Le rapport de l'expert judiciaire, établi le 20 juillet 2010, contient une anamnèse (p. 1-3), une description des plaintes de l'assurée (p. 3), une description du status clinique et du bilan radiographique effectué lors de la consultation d'expertise (p. 3), les diagnostics (p. 3-4), l'appréciation du cas (p. 4-8) et les réponses aux questions relatives à l'influence des troubles constatés sur la capacité de travail (p. 8-9). Il en ressort en particulier ce qui suit :

" 4- Diagnostics :

- Status post rupture du ligament croisé antérieur du genou droit.
- Status post probable lésion post-traumatique cartilagineuse du condyle fémoral interne du genou droit.
- Status post reconstruction du LCA du genou droit au tiers central du tendon rotulien sous contrôle arthroscopique.
- Probable SUDECK post traumatique ou postopératoire.
- Syndrome du cyclope postopératoire après plastie du LCA (réséqué).
- Status post plastie mosaïque du condyle fémoral interne, arthrotomie et section de
- l'aileron externe.
- Status post ostéotomie de valgisation du tibia proximal droit.
- Status post résection d'une lésion dégénérative méniscale interne.
- Status post ablation du matériel d'ostéosynthèse du tibia proximal droit.

- Troubles dégénératifs fémoro-tibiaux internes et fémoro-patellaires externes.
- Etat anxio-dépressif réactionnel suite à l'évolution du genou droit.
- Diabète insulino-dépendant.

a/ les diagnostics principaux à retenir ayant une répercussion sur sa capacité de travail sont évidemment, la rupture du ligament croisé antérieur mais aussi les douleurs postopératoires, le déficit de mobilité dans le décours de la 1<sup>ère</sup> intervention chirurgicale, le surcroît de la décompensation douloureuse suite à la 2<sup>ème</sup> intervention chirurgicale, l'apparition d'un SUDECK possible ensuite au décours de cette 2<sup>ème</sup> intervention chirurgicale et enfin, le développement progressif d'une décompensation dégénérative du compartiment fémoro-patellaire et ensuite fémoro-tibial interne ayant nécessité la 3<sup>ème</sup> intervention chirurgicale.

Depuis quand sont-ils présents ? Successivement depuis le 29.08.2002 et selon l'évolution décrite jusqu'à nos jours, date du rapport final de cette expertise.

En ce qui concerne les troubles dégénératifs du compartiment interne, il est difficile de m'exprimer sur la période de leur apparition de façon exacte car je n'ai eu à ma disposition pour réaliser cette expertise que des clichés datant de 2006 ou après alors que les expertises CEMED et COMAI ont eu lieu en 2004 et 2005. Tout ce que l'on peut dire c'est que sur les clichés d'IRM du 16.11.2006, ils sont déjà bien présents et que le Docteur [...] dès la 1<sup>ère</sup> intervention réalisée chez cette patiente décrit une lésion du cartilage qu'il traite ensuite par mosaïque plastie. Connaissant les résultats des mosaïques plasties à long terme, il n'est pas étonnant que la patiente ait fini par développer des troubles dégénératifs plus marqués plusieurs années après.

5- Diagnostics sans répercussion sur l'incapacité de travail : je ne retiens pas l'état anxio-dépressif en tant que tel, la patiente ayant démontré en consultation une très nette motivation à reprendre une

activité, ni le diabète insulino-dépendant qui s'est installé depuis lors.

6- Appréciation du cas et pronostics : me basant sur des déclarations très claires de la patiente à propos de l'historique médical de son genou, il me semble assez évident que la patiente n'aurait pas pu reprendre, jusqu'à ce jour, son activité d'aide soignante à 100%, même à temps partiel (mais cela est difficile à estimer à postériori).

J'ai été relativement étonné, suite à la lecture de l'expertise du CEMD le 08.06.2004 et suite à l'expertise COMAI du 18.08.2005, de constater une contradiction entre ce qui est constaté par nos confrères et la conclusion de ces deux expertises qui allouent une pleine ou quasi pleine capacité de travail à la patiente alors qu'il n'y a pas d'élément, selon moi, susceptible de dire que la patiente exagrait ses plaintes ou présentait une bonne évolution.

(...)

Dans le souci d'être complet et, sans aucunement mettre en cause personnellement les compétences du chirurgien orthopédiste qui a pris la patiente en charge suite à son accident, je suis quand même un peu emprunté par rapport à l'attitude médicale adoptée et les conséquences ensuite pour la patiente.

D'ailleurs, je suis étonné qu'aucun orthopédiste expert intervenu dans cette affaire ne se soit prononcé sur ce sujet il n'y avait, à mon avis (et selon la littérature scientifique internationale), aucune indication à proposer d'emblée à la patiente une chirurgie pour son genou suite à cette rupture du ligament croisé antérieur, ce d'autant plus sur une articulation tuméfiée, douloureuse et enraidie par une immobilisation.

(...)

La patiente a gardé des douleurs, un gonflement et un sentiment d'insécurité du genou, avec un diagnostic de SUDECK devant cette mauvaise évolution alors que ce SUDECK n'a pas été objectivé par

des examens complémentaires. Dans le contexte de la prise en charge de ce genou, ce n'est pas un SUDECK que l'on peut retenir mais un syndrome douloureux post-opératoire suite à deux chirurgies agressives sur le plan de la résection biologique sur un genou incompatible avec la réalisation de tels gestes.

Bien que l'on ne puisse pas remettre en cause la qualité technique des gestes chirurgicaux successifs réalisés, je suis étonné que dans ces deux expertises, les orthopédistes qui ont vu successivement et parfois à plusieurs la patiente, n'ont pas relevé que l'évolution pouvait être en rapport avec les erreurs d'appréciation pour traiter adéquatement ce cas.

(...)

Devant les plaintes de la patiente et un bilan radiologique complet, l'indication chirurgicale retenue par le Docteur B.\_\_\_\_\_ était justifiée et cela s'en est ressenti dans le résultat post-opératoire puisque la patiente a mieux évolué, sans obtenir, bien sûr, un genou parfait, ce qui n'était pas le but et ce qui avait bien été expliqué en pré-opératoire à la patiente par le Docteur B.\_\_\_\_\_.

En bref, cette patiente n'aurait peut être jamais dû être opérée ou alors dans un délai plus raisonnable et sur un genou bien désenflamé après information sur les risques et bénéfices du traitement chirurgical versus conservateur.

Pronostics : le genou droit de la patiente, progressivement et malgré l'intervention du Docteur B.\_\_\_\_\_, qui va permettre tout de même de gagner quelques années, va évoluer dans le sens d'une aggravation progressive des troubles dégénératifs avec, peut-être, un jour, la pose d'une prothèse totale du genou.

Pronostic global : il est donc à moyen et long terme, plutôt réservé et on peut donner comme conseils à la patiente, de faire des exercices de mobilité, de renforcement musculaire et de proprioception réguliers dans la pratique de certains sports, et des activités compatibles avec l'état de son genou.

En ce qui concerne l'activité professionnelle, il est certain que si elle veut reprendre son activité d'aide soignante cela me semble possible dans un 1<sup>er</sup> temps mais certainement à temps partiel (50%), ou mieux dans une activité plus sédentaire sans effort particulier sur les membres inférieurs avec alternance de positions du genou, sans portage de charge lourde ni de déplacements fréquents en montée et descente, aucun déplacement sur sol irrégulier en hauteur et sans position à genoux ou accroupie.

B- Influence sur la capacité de travail

6. Quelles sont les limitations fonctionnelles en relation avec les troubles constatés :

Patiente peut se déplacer en terrain plat mais ne peut pas faire d'activités avec portage de charges lourdes (maximum 5 kg), sur sol irrégulier ou en hauteur, déplacements fréquents en montée et descente, en position sur les genoux ou accroupie.

7. Depuis quand du point de vue médical, y-a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins :

Depuis le 29.8.2002.

7.1 Dans l'activité exercée jusque là : Depuis le 29.8.2002.

7.2 Dans une activité adaptée : Travail de bureau ou secrétariat, manutention légère, éventuellement travail d'aide soignante à temps partiel (maximum 50%) : le 3.10.2008.

Je me base pour déterminer cette date sur la 1<sup>ère</sup> pièce disponible dans le dossier que vous m'avez fourni, et qui indique clairement l'évolution positive et possibilité de reprise du travail, soit le courrier du Docteur B. \_\_\_\_\_ du 3.10.2008. Ce délai semble d'ailleurs tout à fait compatible avec le délai de consolidation et d'acquisition d'une mobilité et d'une tonicité suffisante du membre après un long

historique du déficit fonctionnel, soit environ 6 à 7 mois après l'ostéotomie.

Et c'est en cela que mon expertise se détache fortement des conclusions des 2 expertises précédentes qui se sont basées à juste titre d'ailleurs, sur les éléments les plus objectifs possibles pour tirer leurs conclusions. Mais je suis forcé, dans un souci d'honnêteté de faire cette expertise sous un autre angle puisqu'il m'est apparu très vite que cette patiente n'aurait pas dû bénéficier de la 1<sup>ère</sup> intervention chirurgicale, avec les suites que l'on connaît ni de la plastie en mosaïque dans l'état du genou à l'époque.

8. 8.1 Evolution du degré d'incapacité de travail dans son activité exercée jusque là :

100% d'incapacité à partir du 29.8.2002, 50% d'incapacité à partir du 3.10.2008.

8.2 Dans une activité adaptée : même date et même taux d'incapacité me basant pour estimer cela sur les déclarations de la patiente et du Dr B.\_\_\_\_\_, soulignant l'emploi de cannes pour les déplacements extérieurs pendant toute cette période ce qui même dans une activité adaptée représente un handicap pour se rendre par exemple sur son lieu de travail, hormis dans un travail strictement à domicile, proche de chez elle ou d'un accès facilité avec trajet court en transport public ou voiture, ce qui est difficile à trouver en pratique."

**f)** Invité à se déterminer sur le rapport d'expertise du Dr D.\_\_\_\_\_ du 20 juillet 2010, l'OAI indique le 26 août 2010 qu'il a soumis ce rapport au SMR pour appréciation et qu'il se rallie à l'avis médical SMR établi le 12 août 2010 par le Dr G.\_\_\_\_\_, dont il ressort ce qui suit :

"(...) Notre estimation de la capacité de travail exigible dans une activité adaptée diffère. Elle est de 100% pour nous, et de 50% pour le Dr D.\_\_\_\_\_. A cet égard, on peut s'étonner que la capacité de travail dans une activité manifestement non adaptée (aide-infirmière) soit la même que dans une activité adaptée. Le Dr

D.\_\_\_\_\_ ne se prononce d'ailleurs pas sur les raisons qui lui permettent de s'écarter des avis exprimés dans les deux précédentes expertises. L'argument selon lequel l'assurée aurait des difficultés à se déplacer de son domicile au lieu de travail ne tient pas : lors de l'expertise du CMD, en 2004, l'assurée pouvait marcher, certes en boîtant, mais sans cannes. Contrairement à ce qu'affirme le Dr D.\_\_\_\_\_, les experts ont décrit de nombreux signes d'amplification des symptômes. Le status objectif ne s'est pas modifié depuis 2004.

Au vu de ce qui précède, je conclus que l'estimation de la capacité de travail de 50% dans une activité adaptée n'est pas fondée. Par rapport aux expertises concordantes antérieures, il s'agit d'une appréciation différente d'une même situation. Comme souligné plus haut, il n'est pas cohérent d'admettre la même capacité de travail dans une activité non adaptée que dans une activité adaptée.

Pour ces raisons, nous maintenons notre position, tout en laissant le soin au Juge de dire le droit."

L'OAI estime ainsi que l'expertise du Dr D.\_\_\_\_\_ ne saurait en effet emporter la conviction. En premier lieu, le status clinique décrit par l'expert est particulièrement bref, ce dernier estimant plus important de décrire, sur plus de trois pages (soit environ un tiers de son rapport), les raisons pour lesquelles l'indication opératoire initiale était selon lui erronée. Or une telle discussion, aussi intéressante soit-elle du point de vue médico-thérapeutique, n'a selon l'OAI pas sa place dans une expertise médicale dans le domaine de l'assurance-invalidité, la tâche de l'expert étant de décrire l'état de santé de la personne assurée et de se prononcer sur la capacité de travail en fonction de ses observations cliniques, lesquelles peuvent être complétées par des investigations radiologiques, et des limitations fonctionnelles qu'il relève. Ensuite et surtout, les conclusions de l'expert sur la capacité de travail seraient contradictoires. Il paraît en effet incompréhensible, voire incohérent, au vu des contraintes inhérentes à l'activité d'aide infirmière (ports de charges lourdes et fréquents déplacements), de conclure à un taux de capacité de travail identique dans cette activité et dans une activité adaptée. Bien au

contraire, si la capacité de travail est de 50% dans l'activité d'aide infirmière, on ne voit pas, au vu des limitations fonctionnelles décrites par l'expert, ainsi que celles relevées dans les expertises du COMAI de Genolier et du CEMed, les raisons pour lesquelles la capacité de travail ne serait pas complète dans une activité adaptée. Enfin, il n'est pas possible de comprendre les raisons pour lesquelles le Dr D.\_\_\_\_\_ s'écarte des avis pourtant concordants des deux expertises précédemment citées, dont les conclusions sont selon lui « basées à juste titre d'ailleurs, sur les éléments les plus objectifs possibles », alors qu'il admet lui-même se fonder, pour estimer la capacité de travail dans une activité adaptée, sur les déclarations de la patiente et du Dr B.\_\_\_\_\_. En définitive, l'OAI indique ne pas pouvoir adhérer aux conclusions, non motivées et contradictoires, du Dr D.\_\_\_\_\_.

**g)** Egalement invitée à se déterminer sur le rapport d'expertise du Dr D.\_\_\_\_\_ du 20 juillet 2010, la recourante estime le 6 septembre 2010 que l'expertise judiciaire est claire, complète, bien motivée et suffisante. En effet, l'expert a pu exposer qu'il existait une contradiction manifeste entre les constatations relevées par les expertises du 8 juin 2004 et du 18 août 2005 et les conclusions de ces expertises ; s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail, le Dr D.\_\_\_\_\_ a pu constater une évaluation positive après l'intervention du Dr B.\_\_\_\_\_ ; il a considéré, au vu de l'ensemble des éléments, qu'une activité professionnelle à 50% était possible depuis le 3 octobre 2008 dans un travail de bureau ou de secrétariat, une manutention légère ou éventuellement un travail d'aide soignante à temps partiel à un maximum de 50%. Cette appréciation est pleinement acceptable et doit selon la recourante être suivie.

En ce qui concerne les critiques émises par l'OAI contre ce rapport d'expertise (cf. lettre C.f supra), la recourante estime que contrairement à l'avis de l'OAI - selon lequel il serait incompréhensible, voire incohérent, que l'on puisse imputer à un assuré un taux de capacité de travail identique dans une activité adaptée et dans une activité d'aide infirmière - , il résulte du rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ que celui-ci estime la capacité de

travail résiduelle dans une activité adaptée à 50% en décrivant précisément les activités qui seraient susceptibles d'être effectuées (travail de bureau ou de secrétariat et manutention légère) ; l'expert a ajouté que l'on pourrait exiger de la recourante, éventuellement, un travail d'aide soignante à temps partiel et au maximum à 50%. Il n'existe dès lors aucune incohérence dans l'avis exprimé par l'expert judiciaire.

**h)** Répondant le 28 septembre 2010 à une lettre de la recourante du 24 septembre 2010, le juge instructeur a informé les parties qu'un arrêt devrait pouvoir être rendu d'ici la fin de l'année.

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

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale sur la procédure administrative (PA; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. a LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances

sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La valeur litigieuse étant manifestement supérieure à 30'000 fr. la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, est litigieuse la question de la capacité de travail de la recourante à partir du 26 mai 2005, plus précisément la question de savoir si, après les opérations de septembre 2002 (plastie ligamentaire) et février 2003 (débridement arthroscopique et greffe de cartilage) consécutives à l'événement du 20 août 2002 (chute ayant entraîné une distorsion du genou droit et une rupture du ligament croisé antérieur), son état de santé s'était amélioré de manière à lui permettre dès le 26 mai 2005, d'un point de vue médical, d'exercer des activités adaptées respectant ses limitations fonctionnelles.

**3. a)** Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu 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.

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.

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

**c)** L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes 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 125 V 351 cons. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Cela étant, en principe, 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 352 consid. 3b/aa et les références; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010, consid. 2.2; 9C\_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.2).

**d)** 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 (art. 17 al. 1 LPGA). Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable

et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA et doit être examinée à l'aune de cette disposition (ATF 125 V 413 consid. 2d p. 417 s. et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b).

**4. a)** La recourante a été soumise le 29 avril 2004 à une expertise bidisciplinaire au COMAI de Genolier, dont le volet orthopédique a été confié au Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (cf. lettre A.b supra). Selon cette expertise, une reprise de l'activité antérieure était alors impossible, même à temps partiel. A la demande de l'OAI, le COMAI de Genolier a réalisé le 26 mai 2005 un complément d'expertise, dont le volet orthopédique a été confié au Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur afin de préciser les limitations fonctionnelles ainsi que l'exigibilité de l'activité habituelle d'aide hospitalière et d'une activité adaptée (cf. lettre A.c supra).

Il ressort du rapport d'expertise complémentaire du COMAI de Genolier du 18 août 2005 que sur le plan subjectif, la recourante présentait des douleurs nécessitant des anti-inflammatoires à hautes doses et elle portait une canne, en raison d'une sensation d'instabilité du genou droit; elle déclarait ne pas pouvoir rester assise de façon prolongée, car cela entraînait d'importantes douleurs de déverrouillage et des douleurs qui remontaient dans la cuisse. Sur le plan objectif, à part une démarche d'évitement du membre inférieur droit caricaturale, l'examen

clinique objectif articulaire du genou droit montrait une instabilité discrète, une désaxation fémoro-patellaire avec arthrose fémoro-patellaire débutante, mais une absence d'épanchement et peu d'atrophie musculaire, la mobilité étant par ailleurs complète. Il n'y avait plus de nécessité d'utiliser une canne anglaise.

S'agissant de la capacité de travail de la recourante, les experts ont conclu que sur le plan orthopédique, dans une activité adaptée, l'activité professionnelle pourrait être sub-totale à totale, en tenant compte peut-être, s'il s'agissait d'une station assise essentiellement, de la nécessité de déverrouillage régulier par des déplacements. Etant donné l'amélioration de l'état de santé depuis début 2005, les experts ont estimé que la capacité de travail était pleine depuis le jour de l'expertise.

**b)** La recourante a ensuite été soumise à une expertise bidisciplinaire au CEMed, à Nyon, dont le volet orthopédique a été confié au Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (cf. lettre A.e supra). Le rapport d'expertise du 19 mai 2006 concluait que sur le plan locomoteur, il n'y avait pas eu de changement manifeste depuis l'expertise précédente et que l'état de santé était stabilisé.

Les experts ont constaté que la profession d'aide infirmière n'était plus exigible, en relevant que les activités qui n'étaient plus réalisables en raison des conséquences de l'accident étaient principalement les marches de longues durées, les montées et descentes répétitives d'escaliers, les stations debout de longue durée immobiles, la marche sur terrain inégal; ces restrictions étaient indiquées en raison du développement d'une gonarthrose du genou droit accompagnée d'une instabilité. Il n'a en revanche pas été demandé aux experts de se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

**c)** Dans un courrier du 14 décembre 2007 adressé au médecin-conseil de la H.\_\_\_\_\_, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué qu'il avait examiné la recourante le 27 novembre 2007 et que l'évolution n'était pas favorable chez cette patiente, qui était handicapée, marchait avec une canne et avait d'importantes douleurs ; un bilan par IRM et par radiographies du membre inférieur totaux avait permis de mettre en évidence une souffrance du compartiment fémoro-tibial interne - siège de lésions du cartilage liées à l'accident du mois d'août 2002 - associée à un axe mécanique passant plutôt sur le versant interne à droite, alors qu'il était normoaxé à gauche (cf. lettre B.f supra).

Le 26 mars 2008, le Dr B.\_\_\_\_\_ a ainsi dû réaliser une troisième intervention chirurgicale, à savoir une ostéotomie de valgisation du tibia proximal. Il ressort d'un courrier du Dr B.\_\_\_\_\_ du 3 octobre 2008 que lorsque ce praticien avait vu la recourante pour la première fois en consultation le 27 novembre 2007, l'appui sur le membre inférieur droit n'était pratiquement pas possible en raison de ses douleurs, de sorte qu'aucune activité professionnelle n'était envisageable; après l'intervention chirurgicale du 26 mars 2008, les douleurs avaient nettement régressé et la recourante disposait désormais, six mois après l'opération, d'une capacité de travail de 50% dans une profession adaptée comme aide infirmière (cf. lettre C.c supra).

**d)** Confrontée à des avis médicaux divergents sur l'évolution de l'état de santé et donc de la capacité de travail de la recourante après les deux premières interventions chirurgicales du 29 août 2002 et du 20 février 2003, la Cour de céans a ordonné une expertise orthopédique judiciaire, qui a été confiée au Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-chef à Hôpital de St-Loup (cf. lettre C.e supra). Le rapport de l'expert judiciaire, établi le 20 juillet 2010, contient une anamnèse complète, prend dûment en considération les plaintes de l'assurée, a été établi en pleine connaissance de toutes les pièces du dossier médical de l'assurée et se fonde sur des examens complets, comprenant en particulier, outre un

examen clinique, un examen du dossier radiographique constitué antérieurement à l'expertise ainsi que du bilan radiographique effectué lors de la consultation d'expertise. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont parfaitement claires et les conclusions de l'expert sont bien motivées et exemptes de contradictions. Le rapport d'expertise judiciaire remplit ainsi toutes les exigences posées par la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante puisse lui être accordée et il n'existe aucune raison de s'en écarter (cf. consid. 3c supra). En effet, comme le confirme un arrêt rendu récemment le Tribunal fédéral au profit de l'office intimé (TF 9C\_34/2010 du 9 juillet 2010), on n'admettra pas facilement l'existence de motifs suffisants pour s'écarter d'un rapport d'expertise judiciaire au sens de la citée plus haut (cf. consid. 3c supra). Or en l'espèce, de tels motifs font défaut, contrairement à l'avis de l'autorité intimée.

**e)** En particulier, c'est à tort que l'OAI croit pouvoir critiquer le rapport d'expertise judiciaire pour le motif que « le status clinique décrit par l'expert est particulièrement bref, ce dernier estimant plus important de décrire, sur plus de trois pages (soit environ un tiers de son rapport), les raisons pour lesquelles l'indication opératoire initiale était selon lui erronée » et que « une telle discussion, aussi intéressante soit-elle du point de vue médico-thérapeutique, n'a (...) pas sa place dans une expertise médicale dans le domaine de l'assurance-invalidité », où « la tâche de l'expert est de décrire l'état de santé de la personne assurée et de se prononcer sur la capacité de travail en fonction de ses observations cliniques, lesquelles peuvent être complétées par des investigations radiologiques, et des limitations fonctionnelles qu'il relève » (cf. lettre C.f supra).

En effet, le rapport d'expertise judiciaire a été établi sur la base d'examens complets, et la manière condensée dont laquelle l'expert a décrit le status clinique n'ôte rien à la valeur de son rapport. Il sied à cet égard de souligner que ce n'est pas la quantité de ce qui est écrit dans le rapport qui compte, mais bien la qualité, et que sur ce plan, il n'apparaît pas que l'expert judiciaire aurait omis de tenir compte d'éléments

pertinents que les expertises antérieures auraient mis en évidence dans leur plus description plus circonstanciée du status clinique. Au demeurant, un status détaillé, s'il est fait par un expert qui n'a pas une large expérience au niveau du genou, n'a pas plus de valeur que la description du status faite par un clinicien avec une grande pratique sur le terrain des problèmes complexes de l'articulation du genou. Or à la connaissance de la Cour, le Dr D.\_\_\_\_\_ fait partie du nombre relativement restreint en Suisse romande des chirurgiens qui jouissent d'une excellente réputation et d'une large expérience clinique pratique dans ce domaine.

Par ailleurs, la discussion par l'expert judiciaire du bien-fondé de l'indication opératoire initiale n'est nullement hors de propos, dès lors qu'elle explique les raisons pour lesquelles les deux premières interventions chirurgicales n'ont pas permis de rétablir la capacité de travail de la recourante et pour lesquelles l'évolution a enfin pu être favorable ensuite de la troisième intervention chirurgicale effectuée le 26 mars 2008 par le Dr B.\_\_\_\_\_, qui a permis à la recourante de retrouver six mois après l'opération une capacité de travail de 50% tant dans son activité habituelle d'aide infirmière que dans une autre activité adaptée. Ce faisant, l'expert judiciaire s'est précisément acquitté de la tâche qui lui a été confiée, à savoir évaluer l'état de santé de la personne assurée - en tenant compte de l'évolution dans le temps de cet état de santé - et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. consid. 3b supra).

**f)** C'est également à tort que l'OAI soutient que les conclusions de l'expert judiciaire s'agissant de la capacité de travail seraient contradictoires, dans la mesure où il serait incompréhensible, voire incohérent, au vu des contraintes inhérentes à l'activité d'aide infirmière (ports de charges lourdes et fréquents déplacements), de conclure à un taux de capacité de travail identique dans cette activité et dans une activité adaptée (cf. lettre C.f supra).

En effet, le fait que l'expert ait retenu qu'il était possible pour la recourante de reprendre son activité d'aide soignante à 50% au

maximum - ce qui implique bien sûr que le poste de travail puisse être adapté à ses limitations fonctionnelles - ne signifie pas, comme paraît le penser l'OAI, que la capacité de travail de la recourante doit nécessairement et automatiquement être plus élevée dans une activité adaptée - jugée préférable par l'expert - plus sédentaire, sans effort particulier sur les membres inférieurs avec alternance de positions du genou, sans portage de charge lourde ni de déplacements fréquents en montée et descente, aucun déplacement sur sol irrégulier en hauteur et sans position à genoux ou accroupie (cf. lettre C.e supra, « pronostic global » in fine et réponse à la question 7.2). L'expert judiciaire conclut expressément à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée telle que travail de bureau ou de secrétariat ou encore manutention légère, et l'OAI ne démontre pas qu'il existerait d'autres activités plus adaptées - et partant susceptible d'être exercées à un taux d'activité supérieur - qui pourraient raisonnablement être exigées de la recourante.

**g)** Enfin, l'OAI estime qu'il ne serait pas possible de comprendre les raisons pour lesquelles l'expert judiciaire s'écarte des avis pourtant concordants des deux expertises précédentes, dont les conclusions sont selon lui « basées à juste titre d'ailleurs, sur les éléments les plus objectifs possibles », alors qu'il admet lui-même se fonder, pour estimer la capacité de travail dans une activité adaptée, sur les déclarations de la patiente et du Dr B. \_\_\_\_\_ (cf. lettre C.f supra).

A cet égard, il convient d'emblée de relever que seuls les experts du COMAI de Genolier se sont prononcés sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, en estimant que dans une telle activité, l'activité professionnelle pourrait être sub-totale à totale, en tenant compte peut-être, s'il s'agit d'une station assise essentiellement, de la nécessité de déverrouillage régulier par des déplacements (cf. lettre A.c supra) ; en effet, les experts du CEMed n'ont quant à eux pas été invités à se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée (cf. lettre A.e supra), comme on l'a déjà relevé (cf. consid. 4b supra). Cela étant, il apparaît que l'évaluation par l'expert judiciaire de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée repose bien sur les

propres constatations de l'expert et sur celles faites par le Dr B. \_\_\_\_\_ - spécialiste dont l'appréciation de la capacité de travail est concordante avec celle de l'expert judiciaire (cf. lettre C.c supra) - et que c'est avant tout pour fixer la date à partir de laquelle on doit retenir que la recourante a récupéré une capacité de travail de 50% que l'expert judiciaire a dû se baser sur les déclarations de la recourante et surtout du Dr B. \_\_\_\_\_. Enfin, il faut souligner qu'à la connaissance de la Cour, le Dr D. \_\_\_\_\_ est un praticien qui a l'habitude d'opérer et de traiter de façon quotidienne des patients qui présentent plutôt des lésions complexes du genou ; cette expérience lui permet de juger des capacités fonctionnelles des patients en se basant sur ce qui peut être acquis en appliquant les traitements cliniques dont il maîtrise le déroulement et dont il comprend l'histoire naturelle. Il n'y a ainsi aucun motif de s'écarter de son appréciation au seul motif que les experts du COMAI de Genolier avaient émis à l'époque une autre appréciation, qui a été infirmée par l'évolution défavorable ayant suivi.

**5. a)** En définitive, la Cour de céans retient, sur la base des conclusions de l'expertise judiciaire, dont elle ne voit aucun motif de s'écarter comme expliqué ci-dessus, que la recourante a présenté une incapacité totale de travail du 29 août 2002 à fin septembre 2008, puis une incapacité de travail de 50% dès le mois d'octobre 2008 - soit six mois après l'opération chirurgicale effectuée le 26 mars 2008 par le Dr B. \_\_\_\_\_ - dans son activité d'aide infirmière ainsi que dans toute autre activité adaptée.

**b)** Il s'ensuit que dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009, soit trois mois après l'amélioration, la rente entière d'invalidité octroyée à la recourante doit être réduite à une demi-rente d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 50% (cf. consid. 3d supra). Le recours doit donc être admis et la décision attaquée, par laquelle l'OAI a supprimé la rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 2005, réformée dans le sens précité.

**c)** Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable 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. 1 bis LAI). Ceux-ci sont supportés par la partie qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Le présent arrêt sera donc rendu sans frais.

La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD), qu'il convient de fixer équitablement à 2'000 fr.

**la Cour des assurances sociales**  
**prononce :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 5 mars 2007 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> août 2003 au 31 décembre 2008 et à une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009.
- III.** Il n'est pas perçu émolument judiciaire.
- IV.** Une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs), à verser à la recourante à titre de dépens, est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Eduardo Redondo (pour Mme K. \_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales.

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).

La greffière :