

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 janvier 2011

Présidence de M. ABRECHT
Juges : MM. Berthoud et Perdrix, assesseurs
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

Q._____, à Aigle, recourante, représentée par Me Pascal Perraudin, à Sion,

et

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

Art. 7, 8 et 16 LPGA ; art. 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** Q. _____ (ci-après: l'assurée), née le 1^{er} septembre 1968, originaire du Kosovo, mariée et mère de trois enfants majeurs, est en Suisse depuis le mois de février 1999, actuellement au bénéfice d'un permis C. Sans formation professionnelle, elle a travaillé depuis le 1^{er} décembre 2001 comme cueilleuse de champignons pour l'entreprise de culture de champignons S. _____, à Aigle, à un taux d'occupation de 100% (horaire variant entre 35 et 50 heures par semaine). En 2007, elle a perçu un revenu annuel brut de 34'954 fr.

b) Le 2 octobre 2006, à l'occasion d'une chute d'un tabouret lors de la cueillette de champignons, l'assurée s'est blessée au genou gauche. Cet accident, qui a été pris en charge par la H. _____ Assurances, a entraîné une incapacité de travail totale d'environ cinq semaines, suivie d'épisodes de reprise du travail à temps partiel (50% ou 75%).

L'assurée est de nouveau en incapacité totale de travail depuis le 22 octobre 2008. Le 31 mars 2009, elle a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

c) Dans un rapport médical du 10 juin 2009 adressé à l'OAI, le Dr M. _____, à Aigle, médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics suivants :

«Diagnostics avec effet sur la capacité de travail

(...)

Gonalgies gauches persistantes dans le contexte de:

- Status après entorse et contusion du genou gauche.
- Status après arthroscopie et résection d'une anse de seau du ménisque interne gauche le 01.11.2007
- Chondropathie stade III du condyle fémoral interne
- Chondropathie stade II du plateau tibial interne du genou gauche
- Algoneurodystrophie.

Diagnostics sans effet sur la capacité de travail

Discopathie L3-L4 et L5-L5 (sic) avec protrusion discale circonférentielle.

Hernie discale D12-L1 »

Ce praticien a attesté d'une incapacité de travail de 100% du 11 novembre 2008 au 4 mai 2009 et a estimé que l'assurée pouvait reprendre le travail à 25% ; le rendement était réduit, l'assurée ne pouvant pas monter les échelles ni porter les sacs de champignons.

d) Dans un rapport médical du 1^{er} juillet 2009 adressé à l'OAI, le Dr F._____, médecin-chef au Centre médical de B._____, a exposé ce qui suit :

« 1.1 (...)

Diagnostics avec effet sur la capacité de travail

Gonalgies gauches persistantes dans le contexte de:

- Importante amyotrophie quadricipitale gauche.
- Status après entorse et contusion du genou gauche le 01.10.2006.
- Status après arthroscopie et résection d'une anse de seau du ménisque interne gauche le 01.11.2007.
- Chondropathie stade III du condyle fémoral interne et stade II du plateau tibial interne du genou gauche.

(...)

1.4

Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour)

Notons tout au plus que la patiente est victime d'une chute d'un tabouret le 01.10.2006 avec chute en arrière avec douleurs au niveau de son genou progressivement l'amenant à consulter le médecin traitant.

Elle sera adressée à l'Hôpital de W._____ où un bilan radiologique est effectué qui permet d'exclure une lésion fracturaire, mais déjà là commencent des problèmes dans le ressenti de la prise en charge de la part de la patiente et de la famille. Ceci est bien expliqué dans le courrier du Dr K._____ du mois de novembre 2006.

Dans ce contexte, la patiente aura environ 5 semaines d'arrêt de travail, puis ensuite elle reprend le travail à 50% avec de nouveaux douleurs et des blocages. Elle est revue à l'Hôpital de W._____ toujours sans qu'elle se sente comprise et elle est adressée au Dr N._____ à Clarens au mois de mars 2007. Ce confrère fait une IRM qui n'aurait pas montré de lésion importante au niveau du genou et il procède à une infiltration probablement de corticoïdes qui n'aurait

pas amené de changement sur les douleurs. Vu la persistance des douleurs, la patiente sera adressée au Dr P. _____ au mois de septembre et ce Confrère procède le 1^{er} novembre 2007 à une arthroscopie avec résection d'une lésion méniscale.

Progressivement la patiente reprend le travail malgré les douleurs qui persistent. Elle sera adressée à un de nos collègues chirurgiens orthopédistes au Centre hospitalier R. _____.

Elle sera évaluée à la Clinique C. _____ au mois d'octobre et ultérieurement sera adressée à la consultation du Genou auprès du Dr T. _____. Une imagerie étendue sera effectuée montrant des troubles dégénératifs et une nouvelle lésion méniscale, mais on ne retient pas de sanction chirurgicale.

Face à une clinique qui évoque une algoneurodystrophie, non reconnue tant à l'IRM ou à la scintigraphie, une tentative de Miacalcic est donnée. Selon le rapport médical la patiente irait mieux, mais subjectivement elle me dit lors de la consultation d'aujourd'hui qu'il n'y a aucun changement dans les douleurs.

(...)

Symptômes actuels/état actuel

Elle signale actuellement des douleurs persistantes au niveau de ce genou, tant sur le côté interne qu'externe, des blocages, il y a des réveils nocturnes, la montée ou la descente des escaliers est extrêmement difficile, il y a une boiterie à la marche.

Indications subjectives par le patient/constat objectif

Patiente en bon état général, présentant une petite surcharge pondérale, pesant 78,3 kg pour 170 cm. Bascule du bassin vers la gauche chez une patiente présentant un petit flexum à gauche avec un recurvatum à droite, genuflexion bipodale de 40° à cause des douleurs, en décubitus dorsal la flexion-extension est à 145/0° à droite contre 135/0/0° à gauche, une distance talon-fesse de 11 cm à droite contre 16,5 cm à gauche, importante amyotrophie quadricipitale à gauche avec un périmètre du genou au niveau de l'interligne de 40 cm à droite contre 41 cm à gauche, à 10 cm au-dessus de l'interligne de 47 cm à droite contre 45,5 cm à gauche, à 15 cm au-dessus de l'interligne de 53 cm à droite contre 49 cm à gauche. La mobilisation de la rotule est fortement sensible, pas d'instabilité.

Pronostic

Plus que réservé. Importante amyotrophie pour laquelle un examen neurologique a été fait auprès du Dr D. _____ le 1^{er} juin qui a montré [...] une aréflexie et nous décidons de faire une IRM pour essayer de mieux comprendre cette symptomatologie (cf. copie de la consultation du 03.06.2009).

(...)

Incapacité de travail médicalement attestée de 20% au moins dans la dernière activité exercée en tant que

Ouvrière de récolte de champignons
100% du 11.11.2008

1.7

Questions sur l'activité exercée à ce jour

Énumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes ?

Postures statiques et la marche impossibles, la position assise est possible.

Comment se manifestent-elles au travail ?

L'activité comme ouvrière pour la récolte de champignons est impossible.

D'un point de vue médical, l'activité exercée est-elle encore exigible?

Non

(...)

1.8

Questions concernant des mesures réadaptation professionnelle possibles

Les restrictions énumérées peuvent-elles être réduites par des mesures médicales?

Non

(...)

1.11

Informations supplémentaires, remarques et propositions

Cette patiente pourrait par contre bénéficier d'une réorientation dans une activité plutôt statique assise prolongée comme formulé dans mon rapport complémentaire. »

e) Par communication du 4 septembre 2009, l'OAI a informé l'assurée que selon les investigations qu'il avait effectuées, aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement en raison de son état de santé ; il allait par conséquent examiner le droit éventuel de l'assurée à une rente d'invalidité.

f) Le 17 novembre 2009, le Dr F. _____ a répondu comme suit aux questions du médecin-conseil de l'OAI :

« **1. Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion pour l'AI?** les gonalgies gauches liées à l'amyotrophie quadricipitale et la chondropathie stade III du condyle fémoral interne et stade II du plateau tibial interne du genou gauche.

2. Quel est le status détaillé actuel?

Patiente en bon état général, présentant une petite surcharge pondérale, pesant 78,3 kg pour 170 cm.

Bascule du bassin vers la gauche chez une patiente présentant un petit flexum à gauche avec un recurvatum à droite, genuflexion bipodale de 40° à cause des douleurs, en décubitus dorsal la flexion-extension est à 145/0/0° à droite contre 135/0/0° à gauche, une distance talon-fesse de 11 cm à droite contre 16,5 cm à gauche, importante amyotrophie quadricipitale à gauche avec un périmètre du genou au niveau de l'interligne de 40 cm à droite contre 41 cm à gauche, à 10 cm au-dessus de l'interligne de 47 cm à droite contre 45,5 cm à gauche, à 15 cm au-dessus de l'interligne de 53 cm à droite contre 49 cm à gauche. La mobilisation de la rotule est fortement sensible, pas d'instabilité.

3. Le cas est-il stabilisé? oui dans le sens qu'il n'y a ni amélioration, ni péjoration.

4. Quelle est la capacité de travail dans la profession actuelle? comme ouvrière 0%

5. Quelles sont les limitations fonctionnelles précises qui relèvent de l'AI? les limitations sont les postures statiques debout stationnaires ainsi que la marche que ce soit à plat ou dans les escaliers ou dans les échelles. La position assise est possible sans limitation.

6. Quelle est la capacité de travail dans une profession médicalement adaptée? dans une activité permettant d'éviter la marche ou la position debout stationnaire, la patiente possède une pleine capacité, mais un changement postural avec une adaptation de la posture assise en tenant compte d'une bonne hygiène lombaire, devrait permettre à la patiente d'avoir une capacité de travail dans une activité adaptée.

7. Quels sont les traitements en cours? le traitement médical ici a pris fin le 15 juillet dernier.

8. Quelle est la compliance au traitement? la patiente effectue de manière exemplaire ses traitements. »

g) Dans un rapport d'examen SMR du 4 décembre 2009, le Dr H._____, se fondant sur le rapports médicaux du Dr M._____, du 10 juin 2009 (cf. lettre A.c supra) et du Dr F._____, des 1^{er} juillet 2009 (cf. lettre A.d supra) et 17 novembre 2009 (cf. lettre A.f supra), a retenu que l'assurée présentait une capacité de travail nulle dans son ancienne activité professionnelle, mais que dans une activité adaptée, l'exigibilité était de 100%.

B. **a)** Le 10 décembre 2009, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision de refus de rente d'invalidité. Il a constaté que selon les informations médicales en sa possession confirmées par le SMR, la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle de récolteuse de champignons était nulle dès le 22 octobre 2008, pour des raisons de santé. Toutefois, dans une activité adaptée à son état de santé et qui tient compte de ses limitations fonctionnelles (éviter les postures statiques debout prolongées, les marches prolongées, de monter sur des échelles ou des escaliers de manière répétitive), elle présentait une capacité de travail raisonnablement exigible de 100% depuis le 15 juillet 2009 (fin du traitement médical auprès du Dr F. _____). Dès lors, pour déterminer la perte économique subie par l'assurée, il convenait de comparer le revenu qu'elle pourrait réaliser sans atteinte à la santé, soit 35'413 fr. par année (revenu annuel brut de 34'954 fr. perçu en 2007, indexé à 2009), avec le revenu auquel elle pourrait prétendre dans une activité adaptée ne nécessitant pas de qualifications particulières à un taux de 100%. A cet égard, le salaire de référence était celui auquel pouvaient prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production, et services), soit en 2008 4'906 fr. par mois, part au 13^e salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2008, TA niveau de qualification 4). Après adaptation de ce montant à l'horaire de travail usuel dans les entreprises en 2008 (41,9 heures par semaine, alors que les statistiques ESS sont fondées sur un horaire de travail hebdomadaire de 40 heures) et à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2009 (+1.35%), on obtenait un revenu annuel de 61'226 fr. 97, sur lequel il y avait lieu d'opérer un abattement de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assurée. Le revenu annuel d'invalidité s'élevait ainsi à 55'104 fr. dans une activité adaptée à l'état de santé de l'assurée (manutention légère, travail à l'établi, conditionnement léger, etc.). La comparaison de ce revenu d'invalidité avec le revenu sans invalidité montrait que l'assurée ne subissait pas de préjudice économique à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit dès le 22 octobre 2009, de sorte que le droit à une rente d'invalidité n'était pas ouvert.

b) Le 23 février 2010, l'OAI a rendu une décision identique à son projet de décision du 10 décembre 2009.

C. **a)** L'assurée, représentée par Pascal Perraudin, avocat-conseil à Sion, a recouru contre cette décision par acte du 26 mars 2010. Elle fait valoir que les revenus sans invalidité (35'413 fr. brut par année) et avec invalidité (55'104 fr. brut par année) retenus par l'OAI ne correspondraient en aucun cas à la réalité. En effet, le revenu sans l'atteinte à la santé ne serait pas de 35'413 fr. mais de 48'214 fr. Quant au revenu hypothétique avec invalidité, il serait absolument illusoire et ne pourrait jamais être réalisé par la recourante, au vu des circonstances et de l'ensemble des limitations, non seulement physiques mais aussi sociales (langue) et culturelles qu'elle subit. De manière générale, il apparaîtrait en outre douteux qu'une personne en situation de handicap puisse réaliser un revenu supérieur de plus de 50% à celui qu'elle réalisait en étant valide ; il y aurait à tout le moins lieu d'appliquer plus largement les facteurs de pondération qui, de jurisprudence constante, peuvent être portés jusqu'à un total de 25%.

La recourante soutient en outre que son dossier ne contiendrait que des renseignements sommaires s'agissant de sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Il n'y a notamment aucune évaluation détaillée, en prenant des exemples concrets d'activités envisageables, avec un descriptif précis des exigences de ces postes, notamment en termes de positionnement du corps, l'OAI se bornant à citer sous un vocable très général des activités simples et répétitives, sans indiquer lesquelles et dans quelle mesure elles pourraient convenir à la recourante. Relevant aussi qu'au mois de septembre 2009, l'OAI a considéré qu'elle n'était pas réadaptable, pour ensuite affirmer exactement le contraire trois mois plus tard sans que le dossier ne laisse paraître de fait nouveau qui aurait brusquement modifié du tout au tout la situation de la recourante, celle-ci estime que l'instruction de son dossier a été insuffisamment exécutée et qu'une expertise complète devrait être administrée avant de statuer définitivement sur son cas. La recourante

sollicite dès lors du Tribunal cantonal qu'il ordonne des moyens d'investigation supplémentaires, notamment une expertise afin d'établir précisément sa capacité résiduelle de travail et, partant son revenu exigible, lequel déterminera l'octroi ou non d'une rente d'invalidité partielle ou totale. Sur le fond, elle conclut avec suite de frais et dépens à l'annulation de la décision attaquée.

La recourante s'est acquittée de l'avance de frais de 500 fr. qui lui a été demandée.

b) Dans sa réponse du 17 juin 2010, l'OAI indique qu'en l'état du dossier, il n'a rien à ajouter à la décision susmentionnée, qu'il ne peut que confirmer. Il précise toutefois qu'il convient de corriger le revenu d'invalidé retenu dans la décision attaquée, celui-ci se fondant à tort sur le revenu ESS pour les hommes. En prenant en considération le revenu relatif aux femmes, soit 4'116 fr. par mois, avec une durée de travail hebdomadaire de 41.7 heures, un taux d'indexation pour 2009 de 2.1% (évolution des salaires nominaux selon l'Office fédéral de la statistique [OFS]) et un abattement de 10%, le revenu d'invalidé doit être fixé à 47'315 fr. 23. Cette correction n'a toutefois pas d'incidence sur l'issue du litige, la recourante ne subissant aucun préjudice économique. L'OAI propose dès lors le rejet du recours.

c) Dans sa réplique du 16 août 2010, la recourante déclare maintenir intégralement les faits, motifs et conclusions de son recours. Au titre des moyens de preuve, elle requiert d'office la mise en œuvre d'une expertise complète visant à établir sa situation médicale précise, sa capacité de gain résiduelle ainsi qu'une analyse détaillée des activités professionnelles éventuellement envisageables. Elle sollicite en outre que ses médecins traitants soient entendus, soit oralement soit par le biais d'un rapport circonstancié.

d) Le 18 août 2010, le juge instructeur a informé les parties que, le dossier apparaissant suffisamment instruit, il n'était pas donné suite à la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une

expertise judiciaire ; il a toutefois donné à la recourante la possibilité de déposer un ou des rapports de ses médecins traitants dans un délai fixé au 8 septembre 2010.

La recourante ayant sollicité le 8 septembre 2010 un délai pour déposer un rapport circonstancié du Dr M._____, médecin traitant, ainsi que des médecins de l'unité spécialisée d'orthopédie du Centre hospitalier R._____, un délai au 15 novembre 2010 lui a été imparti pour déposer des rapports médicaux de ces divers praticiens.

Le 15 novembre 2010, la recourante a ainsi déposé un rapport de consilium adressé le 25 août 2010 au Dr M._____ par le Dr T._____, chef de clinique au Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier R._____, qui conclut ce qui suit :

« Il est difficile d'objectiver un substrat objectif pour les douleurs invalidantes dont fait preuve la patiente. Même si l'arthro-IRM du 11.11.2008 montre une déchirure résiduelle versus ré-déchirure de la corne postérieure du ménisque interne, il para[ît] difficile d'expliquer l'état actuel du genou par cette lésion méniscale. Les résultats d'une nouvelle chirurgie sous forme d'une arthroscopie nous seraient plutôt aléatoires raison pour laquelle je vous prie d'abord d'adresser cette patiente à la consultation de la douleur en milieu hospitalier dans un service d'antalgie, ceci pour instaurer un traitement antalgique renforcé et pour effectuer éventuellement des infiltrations facettaires. Je ne connais pas exactement le contexte de cette patiente qui ne parle pas un mot de français et qui, selon son mari, serait une « bosseuse ». Elle a perdu quatre membres de sa famille pendant la guerre et je ne connais pas son seuil de tolérance à la douleur. Dans le cas où une prise en charge à la consultation de la douleur s'avérerait insuffisante, je demanderais d'organiser une arthro-IRM au Centre hospitalier R._____. »

La recourante a en outre déposé deux rapports médicaux du Dr M._____, soit un rapport médical du 15 septembre 2010, qui retrace l'historique médical de la recourante, et un courrier du 10 novembre 2010 au conseil de la recourante, dont la teneur est la suivante :

15.09 et Madame « Suite à votre lettre du 04 ct et en complément à mes courriers du 27.09.2010, je vous confirme une capacité résiduelle de travail de Q._____ estimée à 25% et ceci en raison de:

et une Douleurs du membre inférieur gauche décrites comme des brûlures fatigue musculaire intense accompagnées de crampes, de

tiraillements, de décharges électriques, sensations de fourmillements, ainsi que de battements qui apparaissent après 30 minutes de marche. Ces douleurs sont situées à la face latérale de la cuisse, face externe et postérieure de la jambe et irradient aux trois derniers orteils qui sont sentis comme anesthésiés. La patiente signale des pseudo-lâchages en absence de blocage articulaire. Les douleurs sont évaluées entre 7 et 10/10 à l'échelle numérique simple. Ces symptômes sont confirmés par l'examen clinique qui montre une amyotrophie importante du muscle quadriceps et une distance doigts-sol très augmentée.

En conclusion, la patiente est fortement handicapée par des douleurs du genou. Elle est suivie actuellement au Service d'antalgie du Dr X. _____ à Vevey. »

Selon la recourante, il ressort de ces divers documents que sa capacité de travail résiduelle est très largement inférieure à celle retenue par l'OAI, puisque selon le Dr M. _____, qui est certainement le praticien connaissant le mieux son cas, celle-ci doit être fixée à 25%. Dès lors, il y aurait lieu de retenir - si l'on entend se fonder sur le salaire annuel standardisé de 47'315 fr. retenu par l'OAI quand bien même un tel salaire apparaît comme totalement irréaliste au vu des circonstances du cas d'espèce - un revenu d'invalidé de 11'828 fr. 75 (47'315 fr. x 25%). La comparaison de ce revenu avec le revenu de valide de 35'413 fr. retenu par l'OAI aboutit à une perte de gain de 23'584 fr. 25 et donc à un degré d'invalidité de 66.62%. En tenant compte du salaire sans invalidité réel de la recourante, soit 48'214 fr., on aboutit même à une perte de gain de 36'385 fr. 25 et donc à un degré d'invalidité de 75.47%. Par conséquent, la recourante précise les conclusions de son recours en ce sens qu'elle sollicite la réforme de la décision attaquée dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement de trois quarts de rente d'invalidité.

e) Le 23 novembre 2010, le juge instructeur a informé les parties que, l'instruction apparaissant complète, le dossier était gardé à juger.

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 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. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile par Q. _____ contre la décision rendue le 23 février 2010 par l'OAI.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et 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, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, l'intéressée contestant d'une part la capacité de travail dans une activité adaptée retenue par l'OAI (cf. consid. 4 infra), et d'autre part les revenus sans invalidité (35'413 fr.) et avec invalidité (55'104 fr., corrigé à 47'315 fr. dans la réponse du 17 juin 2010) arrêtés par cet office (cf. consid. 5 infra).

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. Pour procéder à la comparaison des revenus sans et avec invalidité, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

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 261 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 2c, 105 V 158 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p.64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

La jurisprudence a précisé que, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle); dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés ; demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2; TF 9 C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2; TF I 421/06 du 6 novembre 2007, consid. 231; TFA I 86/05 du 29 août 2006, consid. 5.2; TFA I 382/00 du 9 octobre 2001, consid. 2b).

La jurisprudence a également précisé que l'assurance-invalidité n'a pas à répondre d'une diminution de la capacité de gain due essentiellement à d'autres facteurs qu'à une atteinte à la santé, tels que le manque de formation professionnelle, des difficultés linguistiques ou l'âge (facteurs étrangers à l'invalidité; cf. ATF 107 V 21 consid. 2c; TFA I 377/98 du 28 juillet 1999, consid. 1 et les références, publié in VSI 1999 p. 247 consid. 1; TF I 1082/06 du 24 septembre 2007, consid. 2.1; TFA I 293/05 du 17 juillet 2006, consid. 2.1).

c) Le juge des assurances sociales 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).

Par ailleurs, selon la jurisprudence, 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 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2).

4. La recourante fait d'abord grief à l'OAI d'avoir retenu qu'elle présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Elle invoque à cet égard l'avis de son médecin traitant, le Dr M._____, selon lequel elle présente une capacité de travail résiduelle de 25% (cf. lettres A.c et C.d supra).

a) Dans un rapport médical du 1^{er} juillet 2009 adressé à l'OAI (cf. lettre A.d supra), confirmé et précisé le 17 novembre 2009 en réponse aux questions du médecin-conseil de l'OAI (cf. lettre A.f supra), le Dr F._____, médecin-chef au Centre médical de B._____, a clairement indiqué les raisons pour lesquelles il estimait que la recourante, si elle n'était plus en mesure de travailler comme cueilleuse de champignons, présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles liées à ses atteintes au genou gauche. Les avis médicaux du Dr F._____, établis en pleine connaissance du dossier et sur la base d'exams complets, relatent clairement l'anamnèse, le status détaillé et les plaintes de la recourante. La description de la situation médicale, s'agissant des diagnostics posés et des limitations fonctionnelles que ceux-ci entraînent, est claire et les conclusions de ce spécialiste s'agissant de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée sont bien motivées et convaincantes. Dans ces conditions, l'OAI pouvait à bon droit se fonder, pour fixer la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, sur les avis médicaux du Dr F._____, qui remplissent tous les critères posés par la jurisprudence pour se voir accorder une telle valeur probante (cf. consid. 3c supra), et retenir en suivant l'avis médical SMR du Dr H._____ (cf. lettre B.g supra) une exigibilité de 100% dans une activité adaptée.

b) Les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail posés par le Dr M._____, médecin traitant de la recourante, dans son rapport médical du 10 juin 2009 adressé à l'OAI (cf. lettre A.c supra) sont

en tous points superposables à ceux posés par le Dr F. _____ (cf. lettres A.d et A.f supra). Cela étant, le Dr M. _____ ne s'est pas exprimé sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, mais sur sa capacité de travail dans son activité habituelle de cueilleuse de champignons, qu'il a estimée à 25% depuis le 5 mai 2009 (cf. lettres A.c et C.d supra), alors que le Dr F. _____ a estimé que l'activité de cueilleuse de champignons n'était plus du tout exigible d'un point de vue médical. Dans la mesure où le Dr M. _____ ne fait pas état de limitations fonctionnelles objectives qui limiteraient la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée (permettant d'éviter les postures statiques debout prolongées, les marches prolongées, de monter sur des échelles ou des escaliers de manière répétitive, la position assise étant quant à elle possible sans limitation), il n'existe aucune raison de s'écarter des conclusions dûment motivées du Dr F. _____ (cf. consid. 4a supra). On relèvera enfin qu'en l'absence - confirmée par le rapport de consilium du Dr T. _____ du 25 août 2010 (cf. lettre C.d supra) - de substrat objectif pour les douleurs décrites par le Dr M. _____ dans son courrier du 10 novembre 2010 au conseil de la recourante (cf. lettre C.d supra), les seules plaintes subjectives de celle-ci ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (cf. consid. 3b supra).

c) Il résulte de ce qui précède que la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient que la recourante présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir dans toute activité permettant d'éviter les postures statiques debout prolongées, les marches prolongées, de monter sur des échelles ou des escaliers de manière répétitive, la position assise étant quant à elle possible sans limitation.

5. La recourante conteste ensuite les montants retenus par l'OAI à titre de revenus sans invalidité (cf. consid. 5a infra) et avec invalidité (cf. consid. 5b infra).

a) S'agissant tout d'abord du revenu sans invalidité, la recourante affirme que c'est un montant de 48'214 fr., et non de 35'413

fr., qui devrait être retenu comme revenu sans invalidité « réel » (cf. lettres C.a et C.d supra). Elle n'indique toutefois nullement sur quelle base il y aurait lieu de retenir un tel montant, qui ne fait l'objet d'aucune explication. Rien ne justifie dès lors de s'écarter du revenu de 35'413 fr. que l'OAI a retenu sur la base du montant résultant du compte individuel AVS de la recourante pour l'année 2007 (34'954 fr.), indexé à 2009 (cf. le « détail du calcul du salaire exigible » daté du 9 décembre 2009).

b) En ce qui concerne le revenu avec invalidité, la recourante conteste que celui-ci puisse être fixé en l'espèce sur la base des salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires, ce qui, en prenant en considération le revenu relatif aux femmes, soit 4'116 fr. par mois, avec une durée de travail hebdomadaire de 41.7 heures, un taux d'indexation pour 2009 de 2.1% (évolution des salaires nominaux selon l'OFS) et un abattement de 10% justifié par les limitations fonctionnelles, conduit à retenir un revenu d'invalidité de 47'315 fr. 23 (cf. lettre C.b supra).

Selon la jurisprudence constante (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb p. 76 et les arrêts cités), en l'absence d'un revenu effectivement réalisé par l'assuré après la survenance de l'atteinte à la santé (soit lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible), le revenu d'invalidité (second terme de la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA pour évaluer le taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative) peut être évalué sur la base des salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS, singulièrement sur les salaires mensuels bruts (groupe de tableaux A), en partant de la valeur centrale (médiane) (TF 9C_704/2008 du 6 février 2009, consid. 3.1.1).

Le fait que dans l'une ou l'autre situation, comme dans le cas d'espèce, le salaire d'invalidité déterminé au moyen des données ESS est plus élevé que le revenu obtenu par l'assuré avant l'invalidité ne suffit pas à démontrer le caractère absurde de la méthode de référence aux salaires statistiques (TF 9C_704/2008 du 6 février 2009, consid. 3.1.2).

En l'espèce, au vu du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les données ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires, on doit admettre qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté à des handicaps tels que ceux dont souffre la recourante (cf. notamment TF I 112/06, I 111/06, I 372/06 et I 700/05 des 16 août, 19 avril, 25 et 12 janvier 2007), qui lui permettent notamment de travailler sans restriction en position assise.

Pour le surplus, les facteurs non médicaux invoqués par la recourante, telles que les limitations linguistiques et sociales (cf. lettre C.a supra), ne sauraient être pris en compte pour écarter l'application des données ESS, dès lors que l'assurance-invalidité n'a pas à répondre d'une diminution de la capacité de gain due essentiellement à d'autres facteurs qu'à une atteinte à la santé (cf. consid. 3b supra).

Selon la jurisprudence, le revenu d'invalidé déterminé sur la base des salaires ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322 consid. 5.2; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; VSI 2002 p. 70 s. consid. 4b). Cet abattement résulte de l'exercice par l'administration de son pouvoir d'appréciation, et le juge des assurances sociales ne peut substituer sa propre appréciation à celle de l'administration sans motif pertinent (ATF 132 V 393 consid. 3.3; 126 V 75 consid. 6 p. 81). En l'espèce, on ne voit pas en quoi l'abattement de 10% retenu par l'autorité intimée pour tenir compte des limitations fonctionnelles de la recourante procéderait d'un abus du pouvoir d'appréciation dont jouit l'administration. Au demeurant, même en retenant un abattement maximal de 25%, tel que réclamé par la recourante (cf. lettre C.a supra), et en comparant le revenu sans invalidité

de 35'413 fr. (cf. consid. 5a supra) avec un revenu d'invalidité de 39'429 fr. 35 (52'572 fr. 47 moins 25%), force serait de constater que la recourante ne subit toujours pas de préjudice économique.

c) Il résulte de la comparaison des revenus sans invalidité (cf. consid. 5a supra) et avec invalidité (cf. consid. 5b supra) que la recourante, en mettant à profit sa capacité de gain comme on peut l'exiger d'elle, ne subit aucun préjudice économique, de sorte qu'elle n'a pas droit à une rente d'invalidité (cf. consid. 3a supra).

6. a) En définitive, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) 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 ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 23 février 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Un émolument judiciaire de 400 fr. est mis à la charge de la recourante.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Pascal Perraudin (pour la recourante),
- 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 :