

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 décembre 2011

Présidence de Mme BRÉLAZ BRAILLARD
Juges : M. Jomini et Mme Di Ferro Demierre
Greffier : Mme Matile

Cause pendante entre :

Y._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Rodolphe Petit,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 43 al. 1, 44 LPG; 28 LAI

E n f a i t :

A. Y._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née le 5 janvier 1956, a déposé le 30 avril 2009 une demande de prestation tendant à l'allocation d'une rente auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après: OAI). Au bénéfice d'une formation de sténo-dactylo sans CFC, elle a travaillé comme blanchisseuse indépendante de 1992 à 2002, avant de cesser toute activité.

En incapacité de travail certifiée depuis le 1^{er} octobre 2008, Y._____ souffre de cervico-dorso-lombalgies depuis de nombreuses années, en raison d'arthroses multiples pour lesquelles elle a été suivie entre juin 2006 et mai 2009 par le Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale.

Dans un rapport reçu par l'intimé le 11 juin 2009, ce médecin, outre des arthroses multiples, a relevé également une hypertension artérielle traitée ainsi qu'un excès pondéral sans incidence sur la capacité de travail. Il a attesté d'une incapacité de travail de 50% dans une activité de secrétaire depuis le 1^{er} octobre 2008, mentionnant comme restrictions physiques des douleurs de dos s'aggravant à l'effort et en position assise, pouvant être améliorées par une perte pondérale et des exercices permettant une récupération totale de sa capacité de travail. Il a admis, depuis mai 2008, les limitations fonctionnelles suivantes: pas de positions statiques assises ou debout prolongées, pas de marche en terrain irrégulier, pas de travail en position accroupie ou à genoux, pas d'activité en hauteur, ainsi qu'un port de charge limité. A son rapport étaient joints divers documents médicaux confirmant l'arthrose cervico-dorso-lombaire et écartant, en revanche, toute pathologie cardiaque, thyroïdienne ou ostéoporose.

Le 24 septembre 2009, le Dr P._____, spécialiste en médecine interne auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR), a admis une incapacité de travail de 50% dans une activité de

secrétaire, compte tenu des limitations fonctionnelles telles que port de charge limité à 5 kg, pas de position en porte-à-faux, alternance des positions, pas de travaux avec les membres supérieurs au dessus de l'horizontale, mais une capacité de travail entière dans une activité adaptée légère avec alternance de positions.

Y._____ a complété le formulaire 531bis, en indiquant qu'en bonne santé, elle exercerait une activité de bureau à 100%.

B. Dans son projet de décision du 8 d'octobre 2009, l'intimé a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a évalué le taux d'invalidité de la recourante à 10%, en se fondant sur un revenu théorique sans invalidité de 52'843 fr. et un revenu avec invalidité de 47'559 fr. compte tenu d'un abattement de 10% propre aux empêchements personnels de l'intéressée.

Par communication du 8 octobre 2009, accompagnant le projet précité, l'OAI a proposé à la recourante une aide au placement sous forme d'orientation professionnelle et de soutien dans ses recherches d'emploi.

Le 9 novembre 2009, la recourante a fait part à l'OAI de ses observations, dans lesquelles elle a indiqué avoir changé de médecin, et sollicité un délai pour que le Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale, puisse transmettre un nouveau rapport médical.

Dans un rapport du 15 décembre 2009, dans lequel il indiquait, en préambule, qu'il concernait des mesures pour une réadaptation professionnelle, le Dr D._____, consulté depuis le mois de juin 2009, a posé le diagnostic d'arthrose multiple, d'hypertension artérielle traitée, d'excès pondéral, d'instabilité de la cheville droite avec présence de neurinomes suite à une opération en 2002, d'instabilité au niveau du genou droit suite à une arthroscopie en 2002, ainsi que de gonalgies du même côté. Il a répondu par la négative à toutes les positions relatives aux activités encore susceptibles d'être exercées par sa patiente, limitant en particulier la position assise prolongée à 30 min., debout à 20 min. et le port de charge à 3 kg. S'agissant de l'anamnèse, il a écrit :

« Comme vous le constatez dans les diagnostics susnommés, une grande partie n'est pas mentionnée dans le rapport AI du Dr N. _____ pouvant être ainsi considéré comme des éléments nouveaux malgré le fait qu'ils étaient déjà présents.

En effet, cette patiente de 53 ans a une histoire bien précise qui n'a pas été mentionnée dans le rapport de mon prédécesseur. Cette patiente était suivie pendant une vingtaine d'années par le Dr B. _____, neurochirurgien à Lausanne pour des problèmes de cervicalgies et de lombalgies depuis de longue date. La patiente était propriétaire d'une blanchisserie pendant une dizaine d'années (entre 1992 et 2002) date à laquelle elle a consulté le neurochirurgien mentionné ci-dessus pour des problèmes de cheville. Adressée au Dr M. _____, orthopédiste, celui-ci a proposé une intervention chirurgicale en 2002 avec en parallèle une arthroscopie du genou D[roite]. L'opération au niveau de la cheville D n'a manifestement pas réussi puisque la patiente se plaint depuis de douleurs et d'instabilité de cette même cheville ainsi que la présence d'un neurinome (hypersensibilité locale au niveau d'un nerf). L'arthroscopie du genou D pratiquée lors de la même date a, selon les dires de la patiente, consisté en une méniscectomie totale et qui a abouti à des douleurs présentes depuis lors. Lorsqu'elle a recontacté en 2005 un autre orthopédiste, celui-ci a reproposé une nouvelle opération dont la patiente n'a pas donné suite en raison des déconvenues survenues lors de la première intervention.

Elle décrit une douleur au niveau de la cheville très importante surtout lorsqu'elle est debout avec une hypersensibilité locale provoquant des désagréments même «lorsqu'un drap de lit se pose dessus». Suite à cette mésaventure, la patiente a dû arrêter son travail et c'est pour cette raison qu'en 2002 elle a dû se débarrasser de sa blanchisserie.

Un genou D douloureux et qui se bloque, avec de temps en temps des lâchages n'a pas amélioré la situation. Il va sans dire qu'au niveau du dos et de la nuque, la situation s'est empirée. Malheureusement, le dossier de la patiente énumérant tous ces problèmes était en possession du Dr B. _____ qui l'a, semble-t-il, égaré.

Nous sommes donc en présence d'une patiente qui a depuis lors fait de petits travaux pour essayer de se maintenir mais surtout pour ne pas souffrir de sa cheville et de son genou. En effet, elle ne peut pas rester debout plus de 20 à 30 min. sans que des douleurs n'apparaissent impliquant le fait qu'elle doit se coucher. Comme exemple, elle doit demander à sa mère de faire son repassage, elle ne peut pas faire son ménage à la maison en une fois mais elle le fait en plusieurs fois (sur plusieurs jours) pour pouvoir supporter ses douleurs.

Ceci m'amène à proposer l'évaluation décrite sur la dernière page (Quels sont les travaux qui peuvent encore être exigés de la personne assurée...?). C'est-à-dire finalement très peu de choses avec des lâchages au niveau du genou, l'impossibilité de porter des poids de plus de 3 kilos en raison de paresthésies et de dysesthésies dans les M[embres]S[upérieurs]. En plus, comme susmentionné, la patiente souffre de nuchalgies et de lombalgies chroniques avec des douleurs fluctuantes. Et, ce qui n'a pas été mentionné dans le rapport du Dr N. _____, une arthrose des doigts surtout au niveau de la main D avec de nombreux nodules aux

articulations provoquant un début de déformation des doigts, mais surtout des douleurs l'empêchant d'avoir des activités fines ».

Compte tenu de ces difficultés, le Dr D._____ a attesté d'une incapacité de travail totale dans la dernière activité de la recourante et d'une capacité de travail partielle (20 à 50%) dans une activité adaptée à son état de santé, compte tenu d'une remise en condition progressive et d'un suivi physiothérapeutique, raison de sa demande de réadaptation professionnelle. Il a encore indiqué à titre de remarques complémentaires :

« Je me suis permis de répondre à ces questions de façon succincte mais suffisamment précise pour montrer que des éléments nouveaux, à mon avis, apparaissent dans ce dossier. Dans cette situation il me semble particulièrement opportun de pouvoir mieux évaluer les capacités de la patiente en lui proposant une attitude adéquate. En effet, je comprends que sur les bases du rapport du Dr N._____ ceci n'a pas pu être fait. Mais la situation, puisque la patiente demande de pouvoir avoir une activité dans des conditions précises (non seulement cervico-lombalgie mais surtout avec le problème de cheville et de genou), mériterait une évaluation par un spécialiste (orthopédiste, neurologue, physiothérapeute). A mon avis ceci est démontré par la différence de capacité (dernière feuille du rapport) entre mon évaluation et celle du Dr N._____...».

Par avis médical du 5 mars 2010, le Dr J._____ du SMR, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que les différents éléments relevés dans le rapport du Dr D._____ (instabilité de la cheville et du genou droits) avaient forcément été pris en compte dans le rapport du Dr N._____, puisqu'ils existaient depuis 2002 déjà. Le Dr J._____ a en conséquence conclu à une appréciation différente d'une situation identique.

C. Le 11 mars 2010, l'OAI a rendu une décision confirmant son refus d'octroi d'une rente, le degré d'invalidité calculé n'étant que de 10%.

Par acte du 3 mai 2010, l'assurée a fait recours, concluant principalement à la réforme de la décision dans le sens de l'admission du droit à une rente entière d'invalidité et subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle instruction et nouvelle décision. Elle a fait

essentiellement valoir que l'OAI avait manqué à son devoir d'instruction et procédé à une appréciation arbitraire des moyens de preuves à sa disposition, ayant écarté sans motif le rapport du Dr D._____ au profit de celui du Dr N._____.

Le 8 septembre 2010, l'OAI, dans sa réponse, a contesté ces critiques, proposé le rejet du recours et confirmé la décision attaquée.

Par acte du 1^{er} décembre 2010, la recourante a modifié ses conclusions en ce sens qu'elle a demandé préliminairement au Tribunal la possibilité de verser de nouvelles pièces au dossier et d'ordonner une expertise judiciaire pluridisciplinaire et principalement de réformer la décision attaquée en ce sens que le droit à une rente d'invalidité complète lui est reconnu, le dossier étant renvoyé à l'OAI pour qu'il en fixe le début et le montant. Se fondant sur le rapport du Dr D._____, elle a fait notamment valoir que ce dernier avait mis en évidence des éléments nouveaux ne figurant pas dans celui du Dr N._____ qui était dès lors forcément incomplet réitérant sa demande d'expertise judiciaire.

Le 22 février 2011, Y._____ a complété sa réplique en admettant le revenu de 52'843 fr. retenu par l'OAI comme revenu sans invalidité, mais contestant en revanche le taux de 10% d'abattement, au motif qu'il tenait insuffisamment compte de ses problèmes de santé. Elle a réitéré sa demande de mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire.

Par acte du 29 mars 2009, l'OAI a dupliqué considérant que l'abattement de 10% retenu tenait compte de la situation personnelle de la recourante, en particulier de ses limitations fonctionnelles et ne prêtait en conséquence pas flanc à la critique.

Par courrier du 7 avril 2011, la juge instructeur a informé les parties qu'elle entendait interpeller le Dr N._____ sur les différents éléments soulevés par le Dr D._____ et les a invitées à lui remettre leurs questions complémentaires.

Dans son rapport du 12 octobre 2011, le Dr N._____ a indiqué à la Cour qu'il n'avait pas connaissance des problèmes de santé de la recourante à la cheville et au genou droits, cette dernière ne s'en étant jamais plainte et qu'elle n'avait évoqué avec lui son problème d'arthrose digitale qu'au mois de mai 2009, le statut clinique étant toutefois normal.

Invitées à se déterminer suite à la réponse du Dr N._____, les parties ont transmis à la Cour leurs déterminations. L'intimé a reconnu le 3 novembre 2011 que l'ensemble de la problématique médicale n'avait pas été prise en compte et que dès lors l'évaluation faite de la capacité de travail résiduelle n'était pas pertinente, préavisant en faveur de la mise en place d'une expertise judiciaire. La recourante, le 14 novembre 2011, a argué que l'évaluation de la capacité de travail ne pouvait avoir été faite correctement, l'anamnèse n'étant pas complète et que dès lors, une instruction complémentaire par des spécialistes, sous forme d'une expertise judiciaire, s'imposait. Elle citait à cet effet, la récente jurisprudence rendue par le Tribunal fédéral en matière d'expertise (ATF 137 V 210), exposant l'obligation pour la Cour de céans d'ordonner une expertise judiciaire pluridisciplinaire.

Dans un dernier courrier du 25 novembre 2011, la recourante confirmait sa demande.

E n d r o i t :

1. a) L'art. 69 al.1 let. a LAI (Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20) dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA (Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1), 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.

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 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; 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 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36); cette loi, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, est immédiatement applicable (117 al. 1 LPA-VD). Elle prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer sur les recours conformément à l'art. 56 LPGA (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours suivant la notification de la décision entreprise (art. 60 al. 1 LPGA; 95 LPA-VD), compte tenu notamment des fêtes de Pâques (art. 38 al. 4 let. a LPGA, 96 al. 1 let. a LPA-VD) le recours a été déposé en temps utile. Il satisfait en outre aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA; art. 79 LPA-VD, par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

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

En l'espèce, le recours porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, étant précisé que cette dernière reproche à l'administration d'avoir manqué à son devoir d'instruction et procédé à une appréciation arbitraire des éléments de preuve.

3. a) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ne peut pas être améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qu'il a présenté une incapacité de travail au sens de l'art 6 LPGA d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'il présente au terme de cette année une invalidité (art. 8 LPGA) à 40% au moins. L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi résulter d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir si l'assuré 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 équilibré du travail (art. 16 LPGA).

b) Aux termes de l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit. L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports, des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide

publique ou privée aux invalides. Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art 43 al.1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3). Dans la mesure où l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en oeuvre les mesures nécessaires au complément d'instruction (ATF 132 V 93).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, sur 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). Les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2;114 V 310 consid. 3c, TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social - 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). 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. L'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou expertise, mais son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2), en revanche, un rapport médical ne saurait être écarté au seul motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3.2). Dans une jurisprudence récente, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

4. a) Dans le cas d'espèce, le dossier AI, sur lequel s'est fondé l'intimé pour rendre la décision objet du présent recours, contient en particulier les rapports médicaux de deux médecins traitants de la recourante et l'avis de deux médecins du SMR basés sur les rapports précités:

- le rapport du mois de juin 2009 du Dr N._____, médecin traitant de l'assurée entre 2006 et 2009, évoque des discarthroses multiples (cervicales-lombaires) et atteste d'une incapacité de travail de 50% dans son activité précédente, ainsi que d'une capacité totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, moyennant un reconditionnement physique et une perte pondérale.

- le rapport du 15 décembre 2009 du Dr D._____, médecin traitant de l'assurée dès juin 2009, dans lequel, outre le diagnostic d'arthrose multiple (cervicale, dorsale, lombaire et digitale) depuis plusieurs années, il pose également celui d'instabilité de la cheville droite et du genou droit, et évoque des gonalgies du même côté suite à une arthroscopie pratiquée en 2002. Il atteste d'une incapacité totale dans son activité antérieure et de la possibilité de retrouver une capacité progressive de 20 à 50% dans une activité adaptée à son état de santé. Il motive la différence d'évaluation du taux de capacité de travail entre le Dr N._____ et lui-même par le fait que ce dernier ne tient pas compte de tous les éléments relatifs à l'état de santé de la recourante, en particulier ses problèmes au genou droit et à la cheville droite.

- le rapport médical du 24 septembre 2009 du Dr P._____ du SMR se fonde essentiellement sur le rapport du Dr N._____, pour en reprendre les conclusions.

- le rapport du 5 mars 2010 du Dr J._____ du SMR, consiste en un avis médical succinct, dans lequel, sans procéder à de plus amples investigations, il affirme que les éléments « nouveaux » évoqués dans le rapport du Dr D._____ ont été pris en considération par le Dr N._____, aux conclusions duquel il se rallie.

Les rapports des médecins du SMR ne procèdent pas d'une véritable investigation médicale, ils ne contiennent pas d'anamnèse, sont succincts, peu étayés et ne sauraient donc à eux seuls disposer de la valeur probante nécessaire à fonder une décision. Ils adhèrent en outre tous deux aux conclusions du rapport du Dr N._____ qui, conformément

à son courrier du 12 octobre 2011, à la Cour de céans, ne tient pas compte de l'état de santé global de la recourante puisqu'il ignorait le problème d'instabilité de la cheville et du genou droits de sa patiente, cette dernière ne s'en étant jamais plainte auprès de lui. Ce rapport, lacunaire, ne revêt pas non plus la valeur probante nécessaire.

Force est dès lors de constater que les conclusions auxquelles parvient le SMR, en se fondant essentiellement sur le rapport du Dr N._____, sont issues de l'évaluation médicale incomplète de l'état de santé de la recourante qui ne permet pas de trancher la question de sa capacité de travail en toute connaissance de cause. En renonçant également à investiguer sur les suites défavorables de l'intervention chirurgicale pratiquée en 2002 par le Dr M._____ telles qu'évoquées dans le rapport du Dr D._____, l'OAI a totalement omis d'instruire le dossier sous l'angle orthopédique. Il s'ensuit que l'instruction de la demande est manifestement incomplète et doit être complétée. Par courrier du 3 novembre 2011 à la Cour de céans, l'OAI a d'ailleurs reconnu que l'évaluation du Dr N._____ était lacunaire, et préavisé en faveur de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, comme requis par la recourante elle-même, en cours de procédure.

b) Aux termes de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal cantonal des assurances établi avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige. Selon la jurisprudence, deux solutions s'offrent, en principe, au juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés: renvoyer de la cause à l'assureur pour complément d'instruction ou procéder lui-même à l'instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va différemment quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits

de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2, RAMA 1986 n° K 665 p. 87). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellé par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

c) Force est dès lors de constater que la situation médicale du point de vue orthopédique n'ayant fait l'objet d'aucune investigation, il convient dans le présent cas de renvoyer l'affaire à l'autorité inférieure, pour qu'elle complète son instruction. La mise en oeuvre d'une expertise judiciaire n'entre en conséquence pas en ligne de compte à ce stade, si l'on considère les lacunes du dossier et l'ampleur de l'instruction complémentaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

5. a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise orthopédique et rhumatologique conforme à l'article 44 LPGa.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGa, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumis à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent toutefois pas 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. 54ss LAI. Aucun frais judiciaire ne sera en conséquence prélevé dans cette procédure.

c) La recourante, qui obtient gain de cause, a agi avec l'aide d'un mandataire professionnel. Elle a en conséquence droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et 61 let. g LPGA), qu'il y a lieu de fixer équitablement à 2000 fr., compte tenu de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; art. 91 LPA-VD; art. 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision du 11 mars 2010 est annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour complément d'instruction dans le sens des considérants.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV.** Un montant de 2000 fr. (deux mille francs) sera versé par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud à Y. _____ à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Rodolphe Petit, avocat (pour Y. _____),
- 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 :