

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 mars 2011

Présidence de M. JOMINI
Juges : M. Bonard et Mme Rossier, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

D._____, à Clarens, recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6ss LPGA; 4 al. 1 et 28 al. 1 let. b LAI

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1951, a demandé le 28 décembre 2007 des prestations AI pour adultes sous forme d'orientation professionnelle, de reclassement dans une nouvelle profession ou de rente. Exerçant la profession de secrétaire de direction jusqu'au 11 mai 2007 (licenciement au 31 octobre 2007), elle a subi une opération de la hanche droite en date du 21 juin 2007 à la suite de laquelle, elle a indiqué souffrir d'arthrose à la hanche en question.

Selon rapport médical du 11 avril 2008 du Dr N. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin traitant, le diagnostic avec répercussions sur la capacité de travail était celui de status post arthroscopie de la hanche droite du 21 juin 2007 pour arthrose débutante. L'incapacité de travail était réputée totale dès le 21 juin 2007. Ce médecin a précisé qu'il était alors trop tôt pour pouvoir se prononcer sur les capacités professionnelles de sa patiente.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) a mandaté le Dr B. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique auprès de la clinique [...] à [...], lequel s'est prononcé, dans son rapport d'expertise du 7 juillet 2008, en ces termes sur le cas de l'assurée:

"[...]
4.- Diagnostics

Diagnosics ayant une répercussion sur la capacité de travail:
- Status après chirurgie arthroscopique pour coxarthrose débutante sur conflit coxo-fémoral.
- Etat dégénératif de la hanche droite.
Anamnestiquement, il s'agit d'une symptomatologie qui a débuté en 2003.

Diagnosics sans une répercussion sur la capacité de travail:
-Status après cure chirurgicale d'halluces valgi.

5.- Appréciation du cas et pronostic:
L'examen clinique me paraît favorable malgré les plaintes émises par Mme D. _____.

La marche est peu perturbée. Au cours de l'examen, la patiente est restée assise durant trois quarts d'heure sans évoquer de douleurs, ni modifier sa position.

Cliniquement, la mobilité de la hanche droite est symétrique à la hanche gauche.

Radiologiquement, l'interligne articulaire de la hanche droite est conservé.

Toutefois, le protocole opératoire incite à plus de prudence. La hanche droite présente des signes dégénératifs évidents et il est possible qu'à moyen terme la pose d'une prothèse totale s'avère nécessaire.

B. Influences sur la capacité de travail

1.- Limitations en relation avec les troubles constatés:

Au plan physique

Sur la base de mon examen, j'estime que Mme D. _____ peut assumer un travail administratif, tel qu'un travail de bureau, à temps complet.

Au plan psychique et mental

Au plan social

Ces deux plans ne présentent aucune limitation.

2.- Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

Il est possible que la position assise prolongée et la marche soient difficiles à tolérer. L'état de la hanche droite de Mme D. _____ peut nécessiter quelques changements de position au cours de la journée et d'effectuer quelques pas. L'activité de bureau me paraît néanmoins exigible à temps complet.

Mme D. _____ est en incapacité totale de travail depuis le 21.06.2007. Cette incapacité perdure actuellement et ne semble pas avoir été remise en question.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1.- Des mesures de réadaptation professionnelles sont-elles envisageables?

Non, aucune mesure de réadaptation professionnelle n'est à envisager. L'activité de bureau est adaptée à l'état physique de Mme D. _____.

A noter que lors de notre entretien, la patiente m'a informé qu'elle s'apprête à monter sa propre entreprise d'import/export.

2.- Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

L'assurée est apte à travailler à 100%.

3.- D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré?

Toute activité de bureau, pour autant qu'elle autorise des changements de position, est adaptée à l'état de la hanche gauche de l'assurée."

Le Dr B. _____ a précisé, selon lettre du 29 août 2008, qu'au début du mois de janvier 2008 l'assurée était apte à assumer un travail de

bureau à un taux de 60% et qu'à partir de mars 2008, le travail de bureau pouvait être assumé à 100%.

Dans un projet de décision du 5 janvier 2009, l'OAI s'est prononcé dans le sens du rejet de la demande de prestations AI de l'assurée. Cet office retenait en substance que suite aux investigations médicales entreprises, l'assurée avait subi des incapacités de travail (100% du 21 juin au 31 décembre 2007 puis 40% du 1^{er} janvier au 28 février 2008) et que, dès le 1^{er} mars 2008, sa capacité de travail et de gain était totale dans une activité sédentaire telle que celle de secrétaire.

B. Par courrier du 20 janvier 2009, l'assurée a présenté ses objections sur le projet de décision précité. Elle reprochait à l'OAI une appréciation erronée de son incapacité de travail, cette dernière s'étendant, à ses dires, à 100% du 18 juin 2007 au 30 septembre 2008.

En décembre 2008, le Dr N._____ (médecin traitant) a constaté une dégradation de son état de santé, attestant une incapacité de travail à 100% à compter du 1^{er} décembre 2008.

Au vu des mesures d'instruction complémentaires mises en œuvre par l'OAI, il a été mis en évidence que les causes des douleurs de la hanche droite ayant donné lieu à l'opération de juin 2007 avaient pour origine un accident de ski datant de décembre 2003. Selon rapport médical du 31 mars 2009 du Dr S._____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, l'état de santé de l'assurée était le suivant:

"[...]

En conclusion, Madame D._____ présente donc des douleurs omalgiques à prédominance D ainsi que des lombalgies basses récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire exacerbées depuis la chute de novembre 2008. Actuellement, il n'y a pas de signe parlant en faveur d'une atteinte inflammatoire ou systémique. L'ensemble de la symptomatologie s'inscrit en avant-plan d'une diminution du seuil de déclenchement à la douleur, associé à un syndrome de fatigue chronique et d'un sommeil non réparateur.[...]"

Le Dr S._____ a par ailleurs précisé que l'activité de secrétaire de direction était exigible à un taux de 80-100%.

Selon rapport médical du 14 mai 2009 du Dr T._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, suivant l'assurée depuis avril 2004, en raison de la persistance de la symptomatologie douloureuse, l'assurée devait envisager une arthroplastie par prothèse totale de la hanche droite. Sans se prononcer sur l'incapacité de travail, ce médecin a spécifié que du point de vue médical l'activité de secrétaire n'était plus exigible depuis le 24 avril 2009 en raison des douleurs également présentes au repos, nécessitant des changements fréquents de position.

Selon le dossier médical LAA de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA), produit au dossier de l'OAI, un rapport du 12 juin 2009 (consécutif à un séjour du 6 au 28 mai 2009) des Drs M._____, spécialiste en rhumatologie, et I._____, médecin assistant, de la Clinique romande de réadaptation (CRR) à Sion, se prononce dans le sens d'une incapacité de travail de 100% du 6 mai au 7 juin 2009 puis de 50% dès le 8 juin 2009.

Il ressort également du dossier médical LAA que l'assurée a annoncé avoir été victime le 1^{er} juin 2009 d'un nouvel accident à la gare de [...] suite à la fermeture inopinée d'une porte de wagon bloquant son épaule droite (un certificat médical du 16 juin 2009 du Dr S._____ attestant une incapacité de travail à 100% du 1^{er} juin au 15 juillet 2009).

Selon avis du service médical régional AI Suisse romande (SMR) du 5 août 2009, il a été admis une incapacité de travail totale de l'assurée du 30 novembre 2008 au 28 mai 2009 et une incapacité de 50% à partir du 29 mai 2009.

Par lettre du 5 octobre 2009, l'assurée a signalé qu'elle avait également été victime d'une chute dans les escaliers le 2 mai 2009 et d'une "mauvaise chute" le 14 juillet 2009. L'assurée n'a cependant pas produit de pièces médicales attestant de répercussions éventuelles de ces événements accidentels sur sa capacité résiduelle de travail.

Au terme de son rapport d'examen médical final du 25 novembre 2009 le Dr J._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, s'est prononcé comme il suit sur l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée:

"[...]

En résumé:

Notre assurée, secrétaire de direction, au chômage, née en 1951, est protagoniste de deux accidents survenus respectivement le 20.12.2003 et le 30.11.2008, le premier à ski, le deuxième à vélo, qui se soldent par les diagnostics mentionnés plus haut.

Une nouvelle contusion de l'épaule droite est encore signalée le 01.06.2009 qui amène à la notion diagnostique de contusion de l'épaule et d'arthrose acromio-claviculaire.

Une souffrance lombaire est attribuée par Mme D._____ aux séquelles de l'accident de la hanche, qui auraient entraîné une boiterie pendant une longue période, se répercutant sur l'état de la colonne lombaire.

La situation subjective actuelle est caractérisée par des douleurs dans la région de l'épaule droite, d'après la patiente en augmentation, avec absence d'amélioration malgré la pratique de la piscine et la physiothérapie. Certains gestes seraient impossibles, par exemple mettre sa main droite dans le dos. Concernant la hanche, notion de lâchages, phénomènes de dérouillage, limitation pour les déplacements à plat et surtout à la montée. Douleurs qui seraient irradiantes dans la cuisse et derrière le mollet droit. Nécessité d'une canne (du côté droit) et de rampe pour se déplacer dans les escaliers.

Objectivement, la patiente arrive avec une canne anglaise qu'elle porte à droite et en boitant. A l'examen, le déplacement à plat est bien réalisé, pratiquement sans boiterie. Il est difficile et entraîne une claudication importante sur les pointes, l'accroupissement est incomplet et grevé d'une attitude démonstrative avec grimaces et soupirs. Mobilité de l'épaule active très restreinte, largement améliorable passivement, mais limitée ensuite par une opposition active. Je n'ai pas trouvé de déficit d'importance au test de la coiffe des rotateurs. Il n'y a pas d'amyotrophie au bras droit. Au niveau du coude, nous avons une restitution complète. Concernant la hanche droite, je n'ai pas trouvé de limitation dans la mobilité passive, les rotations ne sont pas douloureuses bien qu'occasionnellement, des douleurs soient mentionnées dans la région du pli de l'aîne. Ici non plus, pas d'amyotrophie au niveau de la cuisse ou du mollet: les périmètres restent supérieurs de ce côté, dominant. Le pied gauche présente une allopathie-hyperpathie avec réaction de fuite au simple effleurage. Une extension active de la cheville ne peut être concrétisée, de manière médicalement inexpiquée. Concernant la colonne lombaire, la palpation est donnée comme douloureuse au niveau des épineuses lombaires et à la pression sur les épines iliaques postéro supérieures et au milieu de la fesse. Valsalva essentiellement négative. Test de Mennel négatif. Par ailleurs aucun déficit neurologique objectif.

La situation est médicalement stabilisée.

Chez cette assurée au chômage, je retiens une capacité immédiate que j'évalue dans l'ancienne profession de secrétaire de direction, à 100%.

Des pauses supplémentaires pour un total de 5 à 10% seraient encore nécessaires, en cas de position assise prolongée qui pourrait entraîner des phénomènes de dérouillage de la hanche droite. [...]"

Selon avis médical du 12 mars 2010, le SMR s'est rallié aux conclusions du médecin d'arrondissement de la CNA, admettant ainsi une capacité de travail entière dès le 1^{er} décembre 2009 (avec baisse de rendement de 5-10% en raison de pauses supplémentaires).

Par décision du 28 avril 2010, l'OAI a entièrement confirmé son projet de décision du 5 janvier 2009 rejetant la demande de son assurée. Des investigations médicales menées, il ressortait que l'assurée avait subi les incapacités de travail suivantes; 100% du 21 juin au 31 décembre 2007 puis 40% du 1^{er} janvier au 28 février 2008. A compter du 1^{er} mars 2008, la capacité de travail et de gain était estimée totale dans une activité de secrétaire à temps complet, de sorte que l'assurée n'avait pas subi d'incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable ouvrant droit à une rente AI (art. 28 al. 1 let. b LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20]). Selon un courrier d'accompagnement du même jour, l'OAI précisait qu'il en allait de même s'agissant des conséquences sur la capacité de travail des suites des accidents survenus les 30 novembre 2008, 1^{er} juin et 14 juillet 2009.

C. Par acte du 17 mai 2010, l'assurée, alors non assistée d'un conseil, recourt contre la décision formelle de refus de rente du 28 avril 2010. Selon mémoire ampliatif du 9 août 2010, elle énumère l'ensemble de ses accidents et opérations depuis mars 2002 jusqu'en juin 2010. Les conséquences de ces accidents, chutes et opérations ne lui permettraient plus physiquement de reprendre une activité professionnelle telle qu'exercée auparavant. Selon elle, l'OAI n'aurait pas fait mention de tous ses accidents dans sa décision de refus et n'aurait pas pris en compte tous les arrêts de travail y relatifs.

Le 20 août 2010, Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat de la recourante, précise que sa cliente se trouve en incapacité de travail totale en raison de troubles tant traumatiques que maladiques. Selon un rapport médical du 16 février 2010 du Dr P._____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation auprès de la clinique [...] à [...] et médecin traitant depuis la mi-octobre 2007, les diagnostics suivants sont posés: Lombalgies chroniques dans un contexte de troubles dégénératifs étagés prédominants en L2-L3 et L5-S1/troubles statiques/déconditionnement musculaire, coxarthrose droite débutante, status après arthroscopie de la hanche droite avec levé du conflit coxo-fémoral le 21 juin 2007, status après contusion de l'épaule droite, hanche droite et fracture du scaphoïde de la main droite, le 20 décembre 2003, status après contusion de l'épaule droite le 30 novembre 2008, arthropathie acromio claviculaire et discrète tendinopathie du sus-épineux à droite, selon IRM du 30 décembre 2008, contusion du genou gauche et de l'épaule droite, le 1^{er} décembre 2009, rhizarthrose de la main gauche et zona au niveau du tronc gauche le 19 janvier 2010. Compte tenu des nombreuses pathologies, ce médecin est d'avis que la recourante présente alors une incapacité de travail totale dans son ancienne profession de secrétaire de direction ainsi qu'une exigibilité de 50% dans un poste adapté (travail de réceptionniste dans lequel l'alternance de positions peut être respecté et où l'emploi de l'ordinateur est limité). Cette appréciation médicale a été confirmée selon courrier du 2 septembre 2010 du Dr P._____ à l'attention de l'avocat de la recourante. Cette dernière conclut par conséquent à l'octroi d'une demi-rente à compter du 1^{er} juin 2008 vu son préjudice économique d'au minimum 50% (dans l'éventualité où le poste adapté exigible de sa part soit autant lucratif que son ancienne profession).

Par réponse du 13 octobre 2010, l'OAI propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Se référant à un avis médical SMR du 21 septembre 2010, l'intimé est d'avis que le rapport du 16 février 2010 du Dr P._____ ne comporte aucun élément médical susceptible de remettre en cause le bien-fondé de sa décision de refus, laquelle repose sur une instruction médicale complète et probante. La liste des pathologies rapportées par le Dr P._____ ont déjà été prises en

considération par le médecin d'arrondissement de la CNA, de sorte que le médecin traitant ne se serait prêté qu'à une appréciation divergente d'une situation médicale identique. Pour l'OAI, l'évaluation du médecin traitant ne saurait se voir attribuer une valeur probante supérieure à celle émanant de l'expert de la CNA.

Dans ses déterminations du 9 novembre 2010, la recourante relève qu'au vu de la divergence entre les avis médicaux au dossier, une expertise médicale s'avérerait devoir être mise en œuvre. Pour le surplus, elle maintient les conclusions prises le 19 août 2010 à l'appui de son recours.

E n d r o i t :

1. a) En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que dite loi ne déroge expressément à la LPGA.

L'art. 56 LPGA prévoit que les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours. Aux termes de l'art. 69 al. 1 let. a LAI, les décisions des Offices AI peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Interjeté le 17 mai 2010, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il est de surcroît recevable en la forme (art. 61 let. b LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 1 et 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du

Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 57 LPGA et 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. La décision attaquée en l'espèce rejette la demande de prestations AI. Le recours tend à l'annulation de la décision de l'OAI du 28 avril 2010 en ce sens qu'une demi-rente d'invalidité (au minimum) soit octroyée à la recourante à compter du 1^{er} juin 2008 et le cas échéant, à ce qu'une expertise tendant à déterminer sa capacité de travail – et par suite sa capacité de gain – résiduelle soit mise en œuvre.

La recourante reproche à l'intimé d'avoir retenu qu'à compter du 1^{er} mars 2008, sa capacité de travail (et par conséquent de gain) soit totale dans une activité de secrétariat, de sorte qu'elle n'aurait pas subi d'incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable, préalable nécessaire pour l'octroi d'une rente de l'AI. Une telle évaluation serait erronée dans la mesure où le refus signifié ne tiendrait pas compte de l'ensemble des accidents ainsi que des arrêts de travail subis. Ce dernier constat s'illustrerait en particulier au travers des avis médicaux du Dr P. _____ produits en cours de procédure.

a) Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon 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.

L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (art. 28 al. 2 LAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008 [5^e révision de l'AI, RO 2007 p. 5129 ss]). L'art. 28 al. 1 LAI assujettit le droit précité de l'assuré à tout ou partie de la rente AI, aux conditions cumulatives suivantes (cf. Message du Conseil fédéral concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5^e révision de l'AI] in FF 2005 pp. 4215, spéc. p. 4322); sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

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. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C_24/2010 du 27 décembre 2010, consid. 2, 8C_1034/2010 du 28 juillet 2010, consid. 4.2 et 8C_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2). 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 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_921/2010 du 23 juin 2010, consid. 3.1 et 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4.1). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. La valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend également du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. L'administration et les tribunaux devant pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert, cela suppose des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou à tout le moins du médecin qui le vise (TF 9C_547/2010 du 26 janvier 2011, consid. 2.2, 8C_420/2010 du 27 octobre 2010, consid. 4.3 et 9C_53/2009 du 29 mai 2009, consid. 4.2 et les arrêts cités).

Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2 et 9C_91/2008 du 30 septembre 2008). Ainsi au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF 9C_468/2009 du 9 septembre 2009, consid. 3.3.1, 8C_285/2009 du 7 août 2009, consid. 3.3.3 et I 514/2006 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1 in SVR 2008 IV n°15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C_392/2010 du 21 décembre 2010, consid. 5.2, 9C_341/2010 du 12 octobre 2010, consid. 2.2, 9C_514/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4, 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3 et 9C_289/2007 du 29 janvier 2008, consid. 4.2).

Le fait pour des organismes d'assurances sociales de mandater des médecins en qualité d'experts ne saurait, à lui seul, prêter le flanc à critiques (TF 8C_924/2008 du 8 avril 2009, consid. 3.2; TFA I 371/2005 du 1^{er} septembre 2006, consid. 5.3.2, I 415/2005 du 29 septembre 2005, consid. 2, I 40/2002 du 22 janvier 2003, consid. 3.2 et I 218/2000 du 14 juin 2000, consid. 4b).

c) En l'espèce s'agissant de l'appréciation de la capacité de travail de la recourante, la décision litigieuse reprend les conclusions médicales du rapport d'expertise du 7 juillet 2008 du Dr B._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, ainsi que celles du Dr J._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, selon rapport d'examen final du 25 novembre 2009.

aa) A l'aune de l'expertise médicale réalisée par le Dr B._____ - expertise au sens de l'art. 44 LPGA réalisée par un médecin indépendant de l'assureur social -, il appert que consécutivement à son opération du 21 juin 2007 de la hanche droite, la recourante a été en incapacité de travail totale jusqu'au 31 décembre 2007, puis à 40% du 1^{er} janvier au 28 février 2008 et finalement a de nouveau bénéficié d'une pleine capacité de travail à partir du 1^{er} mars 2008 dans toute activité de bureau permettant des changements de position en suffisance. Le rapport d'expertise du Dr B._____ établi le 7 juillet 2008 l'a été après que ce spécialiste en chirurgie orthopédique ait pris connaissance du dossier médical de la recourante, qu'il ait procédé à un examen clinique le 30 juin 2008 et qu'il ait également visionné les radiographies à sa disposition. Ce rapport d'expertise comporte une anamnèse, prend en considération les plaintes et données subjectives de la recourante, brosse un status clinique, pose des diagnostics clairs, puis discute et motive l'appréciation du cas d'espèce sous l'angle de la capacité de travail résiduelle. Au vu de la qualité de son contenu matériel, l'expertise du Dr B._____ doit se voir attribuer valeur probante au sens de la jurisprudence (cf. consid. 2b supra), de sorte que la Cour de céans peut faire siennes ses constatations et conclusions médicales concluantes. Même si tel n'est pas le cas en l'espèce, il sied en outre de rappeler ici que le fait pour des organismes d'assurances sociales - tel que l'OAI en l'occurrence - de mandater des médecins en qualité d'experts ne saurait, à lui seul, prêter le flanc à critiques.

Selon le dossier remis par l'intimé, un rapport médical du 11 avril 2008 du Dr N._____, spécialiste ayant pratiqué l'intervention, pose

le diagnostic avec répercussions sur la capacité de travail de status post arthroscopie de la hanche droite du 21 juin 2007 pour arthrose débutante. Ce médecin précise toutefois ne pas être en mesure de se prononcer en relation avec les capacités professionnelles de sa patiente. Il n'existe par conséquent aucun document médical au dossier susceptible de contredire l'expertise du 7 juillet 2008.

bb) En relation avec la série d'accidents subis par la recourante (accident de ski du 20 décembre 2003, chute à vélo de la fin novembre 2008, chute dans les escaliers le 2 mai 2009, fermeture inopinée d'une porte de wagon le 1^{er} juin 2009 et "mauvaise chute" le 14 juillet 2009), le médecin d'arrondissement de la CNA (le Dr J._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique) a établi un rapport d'examen final du 25 novembre 2009. Ce rapport fait suite à un examen clinique pratiqué le même jour. Il comporte une anamnèse établie sur la base du dossier, énonce les déclarations de la recourante, relate un status clinique détaillé consécutif à l'examen ainsi que les observations sur les radiographies à disposition, pose des diagnostics et apprécie finalement la situation subjective puis objective de la recourante s'agissant de sa capacité résiduelle de travail. Compte tenu des éléments caractérisant le contenu matériel de son rapport final, l'avis tranché et sans équivoque du spécialiste de la CNA sur l'existence d'une capacité immédiate de travail de la recourante dans l'ancienne profession de secrétaire de direction à 100%, sous réserve d'une baisse de rendement de 5-10% en raison de pauses supplémentaires permettant d'éviter des phénomènes de "dérouillage" de la hanche droite, appert, à ce stade, pleinement satisfaisant aux exigences posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître valeur probante. En l'espèce, seul le rapport médical du 16 février 2010 du Dr P._____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, médecin traitant depuis la mi-octobre 2007 - lequel mentionne à la mi-février 2010, une incapacité de travail totale de la recourante dans son ancienne profession de secrétaire de direction en raison de ses nombreuses pathologies, avec néanmoins une exigibilité de 50% dans un poste adapté (poste de réceptionniste pour l'exemple) -, pourrait être de nature à rediscuter le bien-fondé des conclusions du rapport d'examen

final du 25 novembre 2009. Il importe par conséquent à ce stade, d'examiner la valeur du rapport établi le 16 février 2010 par le Dr P._____, respectivement de déterminer si ce document est de nature à rediscuter les conclusions médicales reprises par la décision litigieuse.

d) Dans son rapport de la mi-février 2010, le Dr P._____ retient une série de diagnostics en lien avec l'état de santé de sa patiente. Si la majorité d'entre eux se recourent avec ceux posés tant dans l'expertise du Dr B._____ que dans le rapport final du médecin d'arrondissement de la CNA, force est de relever que les diagnostics de contusion du genou gauche et de l'épaule droite du 1^{er} décembre 2009, de rhizarthrose de la main gauche et de zona au niveau du tronc gauche le 19 janvier 2010 diffèrent. A lecture des arguments médicaux évoqués par le Dr P._____ afin d'expliquer l'inaptitude de la recourante dans la reprise de son travail de secrétaire de direction à 100%, il appert que c'est en raison de douleurs persistantes à la hanche droite et de lombalgies chroniques invalidantes que sa patiente se trouve limitée. Dans ces circonstances, les trois diagnostics susmentionnés ne sauraient être retenus comme ayant une quelconque incidence sur la capacité de travail résiduelle de la recourante dans sa dernière activité professionnelle. En l'occurrence, le rapport médical du Dr P._____ comporte une liste de diagnostics dont le médecin d'arrondissement avait déjà connaissance et dont il a tenu compte lors de l'établissement de son rapport du 25 novembre 2009. Le rapport du médecin traitant ne contient ainsi aucun élément médical nouveau déterminant quant à l'évaluation de l'exigibilité de la part de la recourante. Les conclusions adoptées par le Dr P._____ apparaissent de surcroît contradictoires dans la mesure où ce médecin évoque d'une part, une série de limitations affectant sa patiente en affirmant qu'elle ne bénéficie plus d'une aptitude au travail à 100% comme secrétaire de direction mais que ce nonobstant, d'autre part, ce travail de secrétariat semble pour autant être le plus approprié aux différentes pathologies, étant entendu qu'il permet une alternance entre les positions assises et debout. Les conclusions du médecin traitant ne sont pas de nature à rediscuter les constatations du médecin de la CNA à teneur desquelles, l'ancienne profession de secrétaire de direction est exigible de

la part de la recourante, qui plus est en tenant compte d'une diminution de rendement de l'ordre de 5-10% afin de permettre à l'intéressée de prendre les pauses indispensables. Considérant que le rapport médical du 16 février 2010 émane du médecin traitant et qu'il ne fait pas état d'éléments médicaux objectifs de nature à remettre en question les conclusions du rapport final du 25 novembre 2009, il n'y a par conséquent pas matière, selon la jurisprudence applicable (cf. consid. 2b in fine supra), à rediscuter la valeur probante attribuée à ce rapport final, document sur lequel se fonde la décision litigieuse.

e) Il y a lieu de retenir en définitive que la capacité de travail résiduelle de la recourante a été correctement évaluée par l'OAI. Il importe ainsi de retenir l'existence d'une pleine capacité de travail à compter du 1^{er} mars 2008 dans une activité de secrétaire exercée à temps complet ensuite de l'intervention chirurgicale pratiquée le 21 juin 2007. Puis consécutivement aux accidents survenus les 30 novembre 2008, 2 mai, 1^{er} juin et 14 juillet 2009, la Cour de céans se rallie à l'appréciation médicale selon laquelle la recourante a recouvré une pleine capacité de travail dans son ancienne profession de secrétaire de direction au taux de 100% (avec néanmoins une baisse de rendement de l'ordre de 5 à 10%) à compter du 25 novembre 2009. A l'aune de ces considérations d'ordre médical, l'évaluation de la capacité de travail telle qu'effectuée en l'espèce par l'intimé n'apparaît pas pouvoir prêter le flanc aux critiques de la recourante.

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010, consid. 3.2, 9C_699/2009 du 24 février 2010, consid. 4.2, 9C_818/2008 du 18 juin 2009, consid. 2.2 et 9C_440/2008 du 5 août 2008).

Au vu de ce qui précède, le dossier est complet du point de vue médical pour que la cause soit jugée, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction demandée par la recourante tendant à l'établissement d'une expertise médicale.

Il faut dès lors constater que consécutivement à l'ensemble de ses accidents, la recourante n'a effectivement pas subi d'incapacité de travail d'au minimum 40% en moyenne durant la période d'une année sans interruption notable, telle que l'exige la disposition de l'art. 28 al. 1 let. b LAI. Le cas d'espèce ne remplit par conséquent pas les conditions légales permettant à la recourante de prétendre à l'octroi d'une rente de l'AI au sens des art. 28 à 40 LAI. La décision de refus de prestations rendue le 28 avril 2010 par l'intimé s'avère par conséquent parfaitement fondée.

3. En définitive, le recours entièrement mal fondé doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. Le dossier transmis étant complet sur le plan médical (cf. consid. 2e supra), il n'y a pas matière en l'espèce, à la mise en œuvre d'une expertise médicale telle que requise par la recourante.

La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). La recourante a toutefois été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis provisoirement à la charge du canton vu que la recourante, au bénéfice de l'assistance judiciaire, succombe.

Maître Hofstetter a été désigné le 17 août 2010 par le bureau de l'assistance judiciaire pour être conseil d'office de la recourante. Interpellé par le juge instructeur, il a produit le 2 mars 2011, une liste détaillée de ses opérations comprenant également le montant de ses débours. En l'espèce, c'est une somme de 1'260 fr. (7 heures au tarif horaire de 180 francs) qui correspond à la rémunération de l'ensemble des opérations antérieures à 2011, à laquelle il convient d'ajouter un montant de 71 fr. 30 à titre de débours, plus TVA à 7,6% d'un montant arrondi de 101 fr. 20 ($[1'260 \text{ fr.} + 71 \text{ fr. } 30] \times 7.6 / 100$). L'indemnité du défenseur d'office est fixée à 1'432 fr. 50, arrondi à 1'450 francs.

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 28 avril 2010 est confirmée.
- III. Les frais de justice comprenant
 - a) un émolument judiciaire de 400 fr.,
 - b) une indemnité de 1'450 fr, TVA comprise, à verser à Me Hofstetter, conseil d'office de la recourante,sont vu l'octroi de l'assistance judiciaire, provisoirement mis à la charge du canton.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour D. _____),
- 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).

Le greffier :