

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 octobre 2011

Présidence de M. NEU
Juges : Mmes Di Ferro Demierre et Brélaz Braillard
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

F. _____, à Aigle, recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après: l'assurée), née en 1954, a travaillé comme employée d'administration, à [...] puis à [...], et depuis fin 2004 à 50% comme collaboratrice administrative au sein de [...]. Le 29 décembre 2003, elle a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations tendant à l'octroi d'une rente.

L'OAI s'est adressé au Dr L._____, médecine interne FMH à Aigle et médecin traitant de l'assuré, qui dans un rapport du 16 février 2004 a retenu les diagnostics de lombosciatalgies G chroniques récidivantes sur dysfonction de la sacro-iliaque gauche et d'état dépressif réactionnel sur un fond dépressivo-anxieux chronique. Il a relevé qu'en raison de son état de santé, l'intéressée avait dû diminuer son taux d'activité professionnelle. Le 24 août 2004, ce praticien a notamment indiqué que les lombosciatalgies associées à l'état dépressif limitaient la capacité de travail à 50%, depuis le 1^{er} janvier 2004.

Le 27 novembre 2004, la Dresse Z._____, psychiatre FMH à Aigle, a diagnostiqué un épisode dépressif moyen depuis 2001 et n'a pas retenu de handicaps fonctionnels du point de vue psychique, ni d'incapacité de travail du point de vue psychiatrique. Dans une expertise du 1^{er} juin 2005, le Dr R._____, médecine interne et rhumatologue FMH à Lausanne, a mis en évidence un syndrome vertébral lombaire et un syndrome fémoro-rotulien bilatéral prédominant à gauche. Il a retenu une capacité de travail de 50% dans une activité sans stress continu, ni position assise prolongée, respectivement de 50% dans une activité de secrétaire. Sur demande de l'OAI, il a précisé ultérieurement qu'il s'était prononcé uniquement sur le plan rhumatologique.

L'assurée a bénéficié de moyens auxiliaires pris en charge par l'OAI, soit un élévateur de baignoire, des orthèses de tronc et des appareils auditifs.

En date du 1^{er} septembre 2006, l'assurée a été soumise à un examen bidisciplinaire effectué par le Service médical régional AI (ci-après: le SMR). Dans leur rapport du 5 septembre 2006, les Drs X._____, médecine physique et rééducation FMH, et P._____, psychiatre FMH, ont posé les diagnostics de lombosciatalgies G sur troubles dégénératifs et statiques, de troubles malformatifs de la jonction avec hémilombalisation de S1 gauche, de cervicalgies par intermittence sur trouble statiques et dégénératifs débutants et d'épicondylite bilatérale, sans diagnostic psychiatrique. Ils ont rendu compte de l'activité exercée par l'assurée à 50% et retenu une diminution de rendement de tout au plus 25%. Des limitations fonctionnelles sur le plan physique, uniquement, ont été retenues. En conclusion, dans l'activité habituelle (employée d'assurances sociales) comme dans une activité adaptée, une capacité de travail de 75% a été retenue depuis janvier 2004.

Dans un projet de décision du 30 mars 2007, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à une rente d'invalidité, en raison d'un degré d'invalidité de 25%, découlant d'une capacité de travail de 75% selon l'examen du SMR. Par acte du 17 avril 2007, l'assurée a contesté ce préavis, réclamant notamment l'application de la méthode mixte pour déterminer son invalidité.

Le Dr Q._____, chirurgien orthopédiste FMH à Vevey, dans un rapport du 20 juin 2007, a mis en évidence une gonarthrose tricompartmentale (fémoro-patellaire sévère), une déchirure méniscale dégénérative interne et externe, puis une chondrocalcinose massive des deux genoux. Une arthroscopie des deux genoux avec toilettage articulaire complet, méniscectomie partielle et section de l'aileron externe, a été pratiquée le 25 avril 2007. En date du 22 novembre 2007, le Dr J._____, spécialiste FMH en neurologie à Vevey, a constaté un syndrome de compression du nerf cubital au coude gauche et préconisé un traitement conservateur par attelle. Le 14 décembre 2007, le Dr Q._____ a relevé l'absence d'amélioration significative malgré l'arthroscopie; le 18

janvier 2008, il a préconisé un traitement prothétique pour pallier à cette évolution défavorable.

Dans un rapport du 25 janvier 2008, le Dr L. _____ a signalé l'apparition d'une hypoesthésie et de paresthésie des deux derniers doigts à gauche, une chute le 7 novembre 2007 pouvant avoir occasionné une syncope hypotensive avec une amnésie secondaire à un TTC, et relevé que la problématique principale résultait d'une gonarthrose bilatérale avec des gonalgies et des lâchages. Le 31 janvier 2008, la Dresse Z. _____ a relevé une aggravation du problème narcissique et constaté une thymie dépressive, des idées noires, un sentiment d'inutilité très important et des troubles du sommeil, le pronostic étant défavorable malgré une médication antidépressive; la capacité de travail a été estimée à 20 ou 30% au maximum dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée.

Dans un avis médical du 19 février 2008, le Dr G. _____, médecin au SMR, a notamment retenu que l'on pouvait exiger de l'intéressée qu'elle perde du poids, que le syndrome des apnées obstructives du sommeil, traité, restait sans influence sur la capacité de travail et que la mise en place de prothèses du genou était à même de la soulager, niant au surplus toute incapacité sur le plan psychique au motif que la problématique narcissique évoquée par la Dresse Z. _____ ne pouvait être qualifiée de maladie au sens de la CIM-10.

Par décision du 22 février 2008, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à une rente d'invalidité, en raison d'un degré d'invalidité de 25% résultant d'une capacité de travail de 75% selon l'examen du SMR.

Le 4 mars 2008, par acte de son mandataire, l'assurée a recouru contre cette décision, concluant à l'octroi d'un trois quarts de rente à compter du 1^{er} janvier 2005, se prévalant en particulier de l'avis du Dr R. _____. L'OAI a conclu au rejet du recours, se référant à l'avis du SMR. Une audience d'instruction a eu lieu le 26 août 2008, n'ayant pas permis de concilier les parties.

Le 8 mai 2009, l'assurée a déposé auprès de l'OAI une demande de révision de son droit à la rente, se prévalant d'une aggravation de son état de santé.

Par arrêt du 2 juillet 2009, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a réformé la décision de l'OAI en ce sens que l'assurée a droit à trois quarts de rente à compter du 1^{er} janvier 2005. Sur le plan médical, elle a retenu que l'avis du Dr R._____, complet sur le plan rhumatologique, dûment motivé et corroboré par les autres médecins consultés, était prépondérant par rapport à celui du SMR, de sorte qu'une capacité de travail de 50% devait être retenue. Avec un revenu sans invalidité correspondant à un plein temps et un salaire effectivement réalisé comme revenu d'invalidé, elle a retenu un degré d'invalidité de 64.71%.

B. L'OAI a requis un nouvel avis au Dr Q._____, qui, par courrier du 31 juillet 2009, a expliqué que l'évolution de l'arthroscopie des genoux du 25 avril 2007 avait été défavorable et avait nécessité une prothèse totale des deux genoux, en janvier 2008 à droite et en juillet 2008 à gauche. Les suites postopératoires ont été décrites par ce médecin comme simples.

Dans un rapport du 7 septembre 2009, requis par l'OAI, le Dr L._____ a diagnostiqué une récurrence de cervico-dorso-lombalgies, des troubles du sommeil, une fatigue, des troubles de la concentration et un état dépressivo-anxieux chronique. Il a retenu que le tableau clinique de la patiente depuis le début de l'année (fatigue, troubles du sommeil, difficultés de concentration, récurrence des cervico-dorso-lombalgies) la rendait inapte à exercer son activité professionnelle. L'OAI s'est aussi adressé à la Dresse Z._____ qui, en date du 23 septembre 2009, a relaté les problèmes somatiques rencontrés par l'assurée et retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle d'employée d'administration spécialisée.

Dans un avis médical du 11 novembre 2009, sous la plume des Drs C._____ et S._____, le SMR a relevé que l'état de santé de l'assurée s'était modifié depuis août 2006, en particulier au plan ostéo-articulaire par la mise en place des prothèses totales des genoux. En l'absence de complications, il a relevé qu'on pouvait espérer une amélioration de l'état de santé de l'assurée, le statu quo étant en principe atteint au plus tard six mois après la dernière intervention, soit en février 2009. Il a requis un nouvel examen au SMR pour déterminer la capacité de travail.

Le 30 novembre 2009, l'assurée a été soumise à un examen clinique orthopédique au SMR. Le 17 décembre 2009, le Dr N._____, chirurgien orthopédique FMH, a posé les diagnostics de cervico-dorso-lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs sans troubles neurologiques, de gonarthrose primaire bilatérale, traitée par arthroplastie totale ddc, et de neuropathie du nerf cubital à gauche au niveau du coude. Il a retenu ce qui suit dans son appréciation du cas:

"Mme F._____ pose une nouvelle demande AI en mai 2009 en raison d'une aggravation de son état de santé. Cette aggravation consiste en une augmentation de l'intensité douloureuse des cervico-dorso-lombalgies. Les radiographies de la colonne cervicale, dorsale et lombaire effectuées en janvier 2009 à l'hôpital du Chablais montraient une discopathie avancée C5-C6, modérée C6-C7, une discrète antélisthesis L4-L5 d'origine dégénérative. Depuis le dernier examen SMR de septembre 2006, l'assurée a développé une neuropathie du nerf cubital au niveau du coude à gauche qui est traitée avec une attelle nocturne en extension. L'état de ses genoux s'est aggravé puisqu'elle a nécessité une arthroplastie totale des 2 genoux en janvier et juillet 2008. Malgré ces opérations, l'assurée décrit des douleurs nocturnes allant jusqu'à 10/10 sur l'échelle analogique des douleurs. Nous avons mis en évidence 4 signes positifs sur 5 selon Waddell. L'assurée porte un lombostat dont l'utilité reste à démontrer ainsi que des supports plantaires sur mesure.

Limitations fonctionnelles

Mme F._____ peut effectuer un travail sédentaire ou semi-sédentaire dans lequel elle puisse alterner à sa guise la position debout avec la position assise.

Elle doit éviter: les positions statiques prolongées, les travaux penchée en avant ou en porte-à-faux, le port de charges supérieures à 5 kg, de marcher en terrain irrégulier, de monter ou descendre les

escaliers ou les pentes à répétition et de travailler à genoux ou accroupie.

[...]

Après avoir attentivement examiné l'assurée et son dossier, nous considérons que la capacité de travail de cette assurée, dans un travail parfaitement adapté aux limitations fonctionnelles, n'est pas complète en raison des multiples atteintes ostéomusculaires. Nous considérons que 6 mois après la dernière arthroplastie du genou, c'est-à-dire à partir de janvier 2009, l'assurée récupère une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Durant la période entre novembre 2007 et janvier 2009, l'assurée avait perdu toute capacité de travail".

Dans un avis médical SMR, non daté mais versé au dossier le 8 janvier 2010, le Dr C._____, se basant sur les constatations médicales et les conclusions du Dr N._____, a retenu une capacité de travail de 50% dans l'activité exercée, considérée comme adaptée, depuis janvier 2007.

Dans un projet de décision du 14 janvier 2010, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui reconnaître le droit à une rente entière du 1^{er} février 2008 (soit après trois mois d'aggravation depuis novembre 2007) au 31 mars 2009 (soit après trois mois d'amélioration depuis janvier 2009 avec une capacité de travail à nouveau exigible de 50%), puis à trois quarts de rente dès le 1^{er} avril 2009. Il a reconnu une incapacité de travail totale dans toute activité pour la période couvrant les deux arthroplasties, du 21 novembre 2007 à fin décembre 2008 puis, selon le SMR, une capacité de travail de 50% depuis janvier 2009 dans l'activité exercée, réputée adaptée.

Le 19 janvier 2010, par son mandataire, l'assurée a fait part de ses objections à l'encontre de ce préavis, concluant à l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} avril 2008. Se fondant sur l'avis de ses médecins traitants, elle a contesté l'avis du SMR et réclamé la mise en œuvre d'une expertise.

Dans un avis médical SMR du 23 mars 2010, les Drs C._____
et S._____ ont relevé notamment que les constatations de la Dresse
Z._____ et les récents rapports versés au dossier ne permettaient pas
de justifier une aggravation de l'état de santé de l'assurée sur le plan

psychique, ajoutant que l'avis des experts était prépondérant par rapport à celui des médecins traitants, de sorte qu'une expertise pluridisciplinaire n'était pas nécessaire.

Par décision du 19 avril 2010, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière du 1^{er} février 2008 au 31 mars 2009. Il s'est référé aux mêmes motifs que ceux figurant dans son préavis du 14 janvier 2010, pour fonder le droit à trois quarts de rente dès le 1^{er} avril 2009.

C. Par acte de son mandataire du 20 mai 2009, F. _____ fait recours au Tribunal cantonal et conclut à la réforme de cette décision en ce sens qu'elle a droit à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2008.

L'assurée fait valoir que le rapport d'examen du SMR, établi par le Dr N. _____, ne mentionne aucune modification de son état de santé qui justifierait la réduction, par voie de révision, au 1^{er} avril 2009, d'une rente entière à trois quarts de rente, l'avis du Dr N. _____ constituant tout au plus une appréciation médicale différente d'un même état de fait. A titre subsidiaire, compte tenu des avis médicaux divergents, elle réclame la mise en œuvre d'une expertise.

Le 9 septembre 2010, l'OAI conclut au rejet du recours, se référant à ses précédentes écritures.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGGA). Le

recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des réquisits de forme prévus par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

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, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable en l'espèce. La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. En l'espèce, contestant toute amélioration de son état de santé et se prévalant au contraire d'une aggravation de son état de santé, la recourante conclut à l'octroi d'une rente entière à compter du 1^{er} février 2008, alors que l'OAI lui reconnaît le droit à une rente entière limitée dans le temps du 1^{er} février 2008 au 31 mars 2009, puis à l'octroi de trois quarts de rente pour la période subséquente.

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à un trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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 (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). 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 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TF I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un 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 I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1; TF 9C_94/2009 du 29 avril 2009 consid. 3.3; TF 8C_936/2008 du 7 juillet 2009 consid. 6). 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_14/2009 du 8 avril 2009 consid. 3; TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009 consid. 4; TF 8C_183/2007 du 19 juin 2008 consid. 3).

c) Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2d et les arrêts cités; TF 9C_228/2007 du 24 septembre 2007 consid. 2; TFA I 554/06 du 21 août 2006 consid. 3).

Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est,

d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b; 125 V 368 consid. 2; 112 V 372 consid. 2b; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b; 112 V 390 consid. 1b; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1, les deux avec références citées).

Selon l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que

l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. (al. 2, 1^{ère} phrase).

Lorsqu'une rente est allouée et qu'elle est en même temps augmentée, réduite ou supprimée en application des art. 17 LPGA et 88a RAI, il s'agit d'un rapport juridique, certes complexe, mais défini pour l'essentiel uniquement par le montant de la prestation et les périodes pour lesquelles elle est due. Le simple fait que l'étendue et, le cas échéant, la durée du droit à la rente varient au cours de la période couverte par la décision est sans importance sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 135 V 141 consid. 1.4.4; 131 V 164 consid. 2.3.3; 125 V 413 consid. 2d; TF 9C_795/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.2).

d) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 (art. 16 LPGA; TF 9C_510/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.1). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on

compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1). Lorsqu'on procède à une évaluation, celle-ci ne doit pas nécessairement consister à chiffrer des valeurs approximatives; une comparaison de valeurs exprimées simplement en pour-cent peut aussi suffire. Le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100%, tandis que le revenu d'invalidé est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (comparaison en pour-cent; ATF 114 V 310 consid. 3a; TF 9C_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2).

Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en règle générale en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1).

Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies

par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 8C_287/2010 du 18 novembre 2010 consid. 3).

3. a) Quand bien même la question n'est pas contestée par la recourante, il y a lieu d'examiner l'octroi, par voie de révision, d'une rente entière dès le 1^{er} février 2008. Selon l'arrêt du 2 juillet 2009 de la Cour de céans, réformant la décision du 22 février 2008 de l'OAI, le droit de la recourante à trois quarts de rente d'invalidité a été reconnu à compter du 1^{er} janvier 2005; l'avis du Dr R._____, complet sur le plan rhumatologique, dûment motivé et corroboré par les autres médecins consultés, a été considéré comme prépondérant par rapport à celui du SMR.

L'assurée présentait alors les atteintes de lombosciatalgies G chroniques récidivantes sur dysfonction de la sacro-illiaque gauche et d'état dépressif réactionnel sur un fond dépressivo-anxieux chronique, justifiant une incapacité de travail de 50% depuis le 1^{er} janvier 2004 (rapports des 16 février et 24 août 2004 du Dr L._____), respectivement de syndrome vertébral lombaire et de syndrome fémoro-rotulien bilatéral prédominant à gauche, entraînant sur le plan rhumatologique une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée (rapport du 1^{er} juin 2005 du Dr R._____. Le Dr X._____, lors de l'examen SMR du 1^{er} septembre 2006, a posé les diagnostics de lombosciatalgies G sur troubles dégénératifs et statiques, de troubles malformatifs de la jonction avec hémilombalisation de S1 gauche, de cervicalgies par intermittence sur trouble statiques et dégénératifs débutants et d'épicondylite bilatérale.

Le 20 juin 2007, le Dr Q._____ a relevé une gonarthrose tricompartmentale (fémoro-patellaire sévère), une déchirure méniscale dégénérative interne et externe et une chondrocalcinose massive des deux genoux. En date du 22 novembre 2007, le Dr J._____ a constaté un syndrome de compression du nerf cubital au coude gauche. Le 25 janvier 2008, le Dr L._____ a signalé l'apparition d'une hypoesthésie et de paresthésie des deux derniers doigts à gauche. Enfin, le 31 janvier 2008, la Dresse Z._____ a relevé une aggravation du problème narcissique et

constaté une thymie dépressive, des idées noires, un sentiment d'inutilité très important et des troubles du sommeil.

b) Dans son rapport d'examen du 17 décembre 2009, le Dr N._____ a signalé, depuis l'examen au SMR en septembre 2006, que l'assurée avait développé une neuropathie du nerf cubital au niveau du coude gauche et que l'état des genoux s'était aggravé puisqu'ils avaient nécessité une arthroplastie totale en janvier et juillet 2008; il a retenu une incapacité de travail totale entre novembre 2007 et janvier 2009. Le Dr C._____ a pour sa part également retenu une incapacité de travail totale pour cette même période.

c) Il en résulte que, conformément à l'avis du SMR, corroboré par les constatations du Dr J._____ notamment, l'assurée présente une aggravation de son état de santé depuis novembre 2007, justifiant une incapacité de travail totale. C'est donc à bon droit que, après un délai de trois mois à compter de cette aggravation de l'état de santé (art. 88a al. 2 RAI), le droit à une rente entière a été reconnu à la recourante à compter du 1^{er} février 2008.

4 a) Il reste à examiner la question, contestée par la recourante, de la diminution par voie de révision, avec effet au 1^{er} avril 2009, du droit à trois quarts de rente d'invalidité.

Dans un courrier du 31 juillet 2009, le Dr Q._____ a expliqué que l'évolution de l'arthroscopie des genoux, défavorable, avait nécessité une prothèse totale des deux genoux, en janvier 2008 à droite et en juillet 2008 à gauche. Le 7 septembre 2009, le Dr L._____ a diagnostiqué une récurrence de cervico-dorso-lombalgies, des troubles du sommeil, une fatigue, des troubles de la concentration et un état dépressivo-anxieux chronique. Il a retenu que le tableau clinique de la patiente depuis le début de l'année (fatigue, troubles du sommeil, difficultés de concentration, récurrence des cervico-dorso-lombalgies) la rendait inapte à exercer son activité professionnelle. La Dresse Z._____ a pour sa part, en date du 23 septembre 2009, relaté les problèmes somatiques

rencontrés par l'assurée et retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle d'employée d'administration spécialisée.

Le 11 novembre 2009, les Drs C._____ et S._____ ont estimé qu'en l'absence de complications, on pouvait espérer une amélioration de l'état de santé de l'assurée, le statu quo étant atteint au plus tard six mois après la dernière intervention, soit en février 2009. Dans son rapport d'examen du 17 décembre 2009, s'écartant de l'avis des Drs Z._____ et L._____, le Dr N._____ a estimé que la capacité de travail de l'assurée, dans un travail "parfaitement adapté à ses limitations fonctionnelles", n'était pas complète en raison des multiples atteintes ostéomusculaires, mais que 6 mois après la dernière arthroplastie du genou, soit dès janvier 2009, l'intéressée avait récupéré une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le Dr C._____ s'est par la suite rallié à l'avis du Dr N._____. Dans un avis médical SMR du 23 mars 2010, les Drs C._____ et S._____ ont notamment relevé que les constatations de la Dresse Z._____ et les récents rapports versés au dossier ne permettaient pas de justifier une aggravation de l'état de santé de l'assurée sur le plan psychique.

b) Dans son rapport d'examen du SMR, le Dr N._____ écarte sans réelle discussion l'avis du Dr L._____ et nie toute problématique psychique, alors que celle-ci est pourtant attestée par la Dresse Z._____. On peine à discerner les motivations du médecin du SMR, dès lors qu'il ne s'appuie pas sur des constatations médicales permettant de réfuter celles, en particulier, du Dr L._____. Or ce dernier, dans son rapport du 7 septembre 2009, a retenu que l'assurée se plaignait depuis début 2009 d'une fatigue inhabituelle avec des difficultés de concentration et qu'elle signalait la reprise des douleurs au niveau de la nuque, du dos, de la région lombaire, des épaules et de la fesse gauche. Il a également procédé à un status complet, constatant notamment une très vive douleur à la pression de la fesse gauche et dans la région sacro-iliaque. Il en a déduit que le tableau clinique de sa patiente la rendait inapte à exercer son activité professionnelle. Complet et motivé, ce rapport du Dr L._____

satisfait pleinement aux critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante.

Pour justifier une amélioration de l'état de santé de l'assurée, le SMR se fonde uniquement sur un délai de six mois après la dernière arthroplastie (effectuée en juillet 2008), soit à partir de janvier 2009. Au vu du rapport d'examen du Dr N._____, il ne s'agit toutefois que d'une approche purement théorique, totalement dénuée de motivation. Sur ce point, dans leur avis médical SMR du 11 novembre 2009, les Drs C._____ et S._____ - qui n'ont pas personnellement examiné l'assurée - ne se sont pas montrés plus convaincants, se fondant quant à eux sur des suppositions. Ils se sont en effet bornés à relever que, dans l'abstrait, le "but de toute intervention chirurgicale est d'améliorer le patient", précisant que "en l'absence de complication, on peut espérer que l'assurée ait été plutôt améliorée par ces interventions" et qu'on "peut considérer que le statu quo est atteint au plus tard 6 mois après la dernière intervention (février 2009)". Les suites postopératoires après ces opérations aux genoux ont certes été décrites comme "simples" par le Dr Q._____ (rapport du 31 juillet 2009) mais l'approche théorique et spéculative du SMR ne suffit pas à établir qu'un statu quo soit intervenu six mois après l'opération de juillet 2008.

Par ailleurs, la problématique de l'assurée est globale, son état de santé s'étant au fil du temps détérioré à de nombreux niveaux (genoux, membre supérieur gauche, douleurs dorsales, troubles psychiques, notamment), ayant du reste nécessité l'octroi de moyens auxiliaires, tels un élévateur de baignoire, des orthèses de tronc et des appareils auditifs. Les Drs L._____ et Z._____, respectivement dans leurs rapports des 7 et 23 septembre 2009, tiennent justement compte des atteintes diverses dans leur globalité, en particulier quant à leur impact sur la capacité de travail, qu'ils considèrent comme nulle dans l'activité habituelle. Or, dans son rapport d'examen, le Dr N._____ se borne à évaluer l'état de santé de l'assurée sur le plan orthopédique. On ne saurait donc, comme le fait le SMR, se fonder uniquement sur les interventions aux genoux pour justifier une amélioration de l'état de santé de l'assurée. Les Drs L._____ et

Z._____ ont du reste rendu leurs rapports postérieurement à la date arrêtée de manière théorique au 1^{er} janvier 2009 et telle que réputée, selon le SMR, avoir emporté une amélioration de l'état de santé, ce qui ne peut que renforcer la pertinence de leurs avis.

Enfin, l'activité adaptée à laquelle se réfère le Dr N._____, qui serait celle habituelle, entre en contradiction avec les limitations fonctionnelles qu'il décrit. On voit en effet mal une collaboratrice administrative pouvoir "alterner à sa guise la position debout avec la position assise" dans l'exercice de sa profession, ou pouvoir éviter les travaux penchée en avant ou en porte-à-faux, voire les positions statiques prolongées.

c) Avec les Drs L._____ (rapport du 7 septembre 2009) et Z._____ (rapport du 23 septembre 2009), on retiendra que l'assurée présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle d'employée d'administration. Ces médecins ne se sont pas prononcés au sujet de l'éventuel renvoi à une activité mieux adaptée, compte tenu de l'état de santé global de l'assurée, de son âge et du caractère illusoire d'un changement de profession. Cela étant, dans son rapport d'examen, le Dr N._____ a retenu que l'assurée présentait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il y a donc lieu de procéder à une comparaison des revenus pour déterminer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente.

Pour le revenu sans invalidité, on se basera sur le salaire de 110'500 fr. que l'assurée aurait reçu, pour un taux de 100% en 2005, dans son activité auprès de la commune de [...] (arrêt de la Cour de céans du 2 juillet 2009 consid. 4b). Pour le revenu d'invalidé, selon l'ESS 2005 dans des activités simples et répétitives pour des femmes, on se basera sur un salaire annuel de 49'237 fr. 30 (TF 9C_536/2008 du 14 novembre 2008 consid. 2.2 et les références citées). Si on retient, comme le Dr N._____, une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressée, le revenu d'invalidé se monte, indépendamment d'un abattement, à 24'618 fr. 65. Il s'ensuit que le degré

d'invalidité, sans qu'il n'y ait lieu de tenir compte de l'évolution des salaires puisqu'elle concernerait tant les revenus de valide que d'invalidé, s'élève à 77.72%, taux qui ouvre le droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

5. Partant, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la diminution par voie de révision, avec effet au 1^{er} avril 2009, du droit à trois quarts de rente d'invalidité n'est pas fondée. Le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité doit donc être reconnu à compter du 1^{er} février 2008, respectivement au-delà du 1^{er} avril 2009.

6. Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice à charge de l'intimé débouté (art. 52 al. 1 LPA-VD).

La recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a quant à elle droit à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LPGA), arrêtés à 1'500 fr. à charge de l'OAI.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 19 avril 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que F. _____ reste au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2009.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à F._____ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne (pour F._____)
- 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 :