

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 14 juillet 2011

---

Présidence de       Mme    THALMANN  
Juges    :       Mme Pasche et M. Perdrix, assesseur  
Greffière    :       Mme    Barman

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**V.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

**Art. 8 et 16 LPGA; 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** Le 12 avril 2008, V. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née en 1952, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), précisant qu'elle agissait sur conseils de son médecin traitant et de son assureur perte de gain. La demande était motivée par une incapacité de travail totale depuis le 25 novembre 2007 en raison d'une gonarthrose et d'une coxarthrose bilatérale. Elle mentionnait avoir une prothèse au genou droit ainsi qu'à la hanche gauche et, qu'à plus ou moins long terme, des prothèses au genou gauche et à la hanche droite allaient lui être posées. Dans le complément à la demande, elle indiquait qu'en bonne santé, elle travaillerait à l'extérieur en tant que serveuse à un taux d'activité de 80%.

Dans un rapport du 29 avril 2008 adressé à l'OAI, le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de dysplasie fémoro-patellaire avec instabilité rotulienne connue depuis l'enfance, de gonarthrose bilatérale, de coxarthrose bilatérale, de status trois ans après PTG (prothèse totale du genou) droit et de status six mois après PTH (prothèse totale de la hanche) gauche. Il attestait d'une incapacité de travail totale du 21 novembre 2005 au 16 avril 2006, de 50% du 17 avril 2006 au 17 mai 2006, avec une reprise du travail à 100% comme serveuse dès le 18 mai 2006, puis une incapacité de travail totale dès le 26 novembre 2007. Il indiquait que la reprise de l'activité de serveuse dans un restaurant lui paraissait compromise, ajoutant qu'après rééducation, avec musculation intensive, un travail partiellement debout et partiellement assis, au taux de 50%, pourrait être envisagé dans l'avenir.

Dans le rapport médical de l'OAI du 7 juin 2008, le Dr F. \_\_\_\_\_, généraliste, médecin traitant de l'assurée, a indiqué ne pas être en mesure de répondre aux questions de l'office, sa patiente étant suivie en orthopédie.

Le 24 novembre 2008, un contrat d'objectifs (plan de réadaptation), tendant à cibler une activité adaptée non qualifiée et d'y préparer l'assurée, a été passé entre cette dernière et l'OAI. Se référant aux limitations fonctionnelles posées par le Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR), à savoir la possibilité d'alterner les positions assise et debout, la marche avec une canne, un périmètre de marche limité, pas d'escalier, pas de déplacement en terrain instable, pas d'échelle, pas de travail en position accroupie ou à genoux, pas de port de charges lourdes, l'OAI a jugé inadaptée l'activité habituelle de serveuse et estimé entière la capacité de travail dans une activité adaptée. Il a relevé que compte tenu du salaire de l'assurée avant la maladie, soit un salaire effectif de 31'200 fr. pour un taux de 80% - qui aurait pu se monter à 33'700 fr. si la Convention collective de travail (ci-après: CCT) des cafés restaurants hôtellerie avait été respectée -, le droit aux mesures de reclassement professionnel n'était pas ouvert, l'assurée pouvant retrouver un gain équivalent dans une activité non qualifiée. Selon l'OAI, la situation de l'assurée devrait relever à terme de l'assurance chômage mais, dans cette attente, elle avait besoin de soutien. Par communication du 25 novembre 2008, l'OAI a informé l'assurée des mesures d'intervention précoce sous la forme d'un cours de formation.

Lors d'un entretien à l'OAI le 9 janvier 2009, l'assurée a indiqué que face à la recrudescence des douleurs, notamment l'incapacité de maintenir la position assise trop longtemps aux ateliers, elle avait consulté le Dr Z.\_\_\_\_\_ en décembre 2008. Ce dernier s'était étonné que la mesure se déroulât à plein temps, puisqu'il avait précisé que la capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée. Le 12 janvier 2009, le Dr W.\_\_\_\_\_ du SMR a expliqué au Dr Z.\_\_\_\_\_ avoir estimé la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle de serveuse comme nulle mais, *a contrario*, avoir retenu une pleine capacité de travail pour une activité respectant les limitations fonctionnelles posées. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ a alors confirmé que, dans l'hypothèse où l'activité serait ainsi adaptée, sa patiente avait effectivement une pleine capacité de travail malgré les diverses douleurs dont elle se plaignait.

Par courrier du 17 février 2009 adressé au Dr F.\_\_\_\_\_, dont copie a été transmise à l'OAI, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit:

"La patiente citée en titre est venue me consulter le 16 février dernier, un peu désespérée en raison de l'aggravation de ses douleurs polyarticulaires, particulièrement au niveau de la hanche gauche et du genou. Elle signale également que durant son stage de fleuriste organisé par l'AI, les douleurs se sont nettement aggravées au niveau des épaules, avec des difficultés à lever les bras au-dessus de la tête. Il semble que la capacité de 100%, même dans un emploi adapté, soit remise en cause. J'ai réitéré mes conseils en lui suggérant de prendre contact avec vous, pour réévaluer la symptomatologie algique dépendant des autres articulations, ainsi que leur degré d'aggravation. Je demanderai également au Dr C.\_\_\_\_\_ qui a été informé de la venue prochaine de Mme V.\_\_\_\_\_, de juger de la nécessité d'une éventuelle intervention chirurgicale, si le status est fortement modifié."

Constatant que le Dr Z.\_\_\_\_\_ ne donnait pas d'explication autre que celle de la douleur ni de faits nouveaux pour justifier l'incapacité de travail de l'assurée, le Dr W.\_\_\_\_\_ a jugé, par avis médical du 16 mars 2009, qu'un examen rhumatologique SMR était indispensable pour obtenir un avis objectif et une confirmation des limitations fonctionnelles à respecter.

Un examen clinique orthopédique a été réalisé le 6 avril 2009 par le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie. L'examen a mis en évidence des atteintes à la santé - avec répercussion sur la capacité de travail - sous forme de coxarthrose primaire bilatérale, status après arthroplastie totale de la hanche gauche (M16.0), de gonarthrose primaire bilatérale, status après arthroplastie totale du genou droit (M17.0), de lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, probable déchirure du sus-épineux (M75.1) et de lombalgies. Au terme de l'examen, il a été retenu ce qui suit:

#### **"Les limitations fonctionnelles**

Peut exercer une activité sédentaire ou semi-sédentaire, principalement en position assise, avec la possibilité d'alterner les positions à sa guise. De courts déplacements à plat sont possibles. Elle doit éviter la marche en terrain irrégulier, monter ou descendre les escaliers, les pentes. Doit éviter les travaux en position accroupie ou à genoux. Doit éviter le port de charges supérieures à 15 kg. Doit éviter tous métiers qui impliquent une mobilité de l'épaule G au-delà

de l'horizontale et le soulèvement de charges avec le membre supérieur G.

**Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?**

Arrêt de travail à 100% à partir du 29.11.2007.

**Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?**

L'assurée n'a pas repris d'activité professionnelle lucrative.

**Concernant la capacité de travail exigible,**

Les différents problèmes orthopédiques de l'assurée font qu'elle [est] incapable de reprendre son travail de serveuse ou de fleuriste, car ces métiers ne respectent pas les limitations fonctionnelles. Dans un travail parfaitement adapté aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assurée n'est pas complète. Nous estimons qu'il y a une diminution de la capacité de l'ordre de 25%, en raison des multiples problèmes orthopédiques, les douleurs et la nécessité de faire des pauses.

Le médecin traitant de l'assurée, le Dr F.\_\_\_\_\_, dans son rapport à l'AI du 02.06.2008, ne se prononce pas sur la capacité de travail.

Le Dr Z.\_\_\_\_\_, dans son entretien avec le Dr W.\_\_\_\_\_, en janvier 2009, considérait que la capacité de travail, dans un travail adapté, était complète. Suite à son stage de fleuriste, les douleurs articulaires ont augmenté. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ écrit en février 2009: «il semble que la capacité de 100%, même dans un emploi adapté, soit remise en cause». Depuis mars 2009, l'assurée est suivie par le Dr C.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste à l'Hôpital de [...].

**Capacité de travail exigible**

Dans l'activité habituelle: 0%

Dans une activité adaptée: 75% Depuis le: 01.03.2008, soit trois mois après la dernière intervention chirurgicale."

Dans le rapport d'examen SMR du 22 avril 2009, le Dr W.\_\_\_\_\_ a considéré que l'examen clinique confirmait les limitations fonctionnelles posées et a retenu une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée.

Afin de confirmer le statut de l'assurée et de déterminer les empêchements ménagers, une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 23 juillet 2009. Le rapport d'enquête établi le même jour

indiquait un statut d'active à 80% et de ménagère à 20%, et ne retenait aucun empêchement dans l'accomplissement des tâches ménagères.

**B.** Le 25 août 2009, l'OAI a envoyé à l'assurée un projet de décision dans lequel le droit à une rente d'invalidité lui était dénié, au motif que le revenu d'invalidité auquel elle pouvait raisonnablement prétendre était au moins aussi élevé que celui qu'elle avait réalisé avant son atteinte à la santé et, qu'en l'absence de préjudice économique et d'empêchement ménager, elle ne présentait pas un degré d'invalidité global ouvrant droit à la rente. L'argumentation suivante y était développée:

"Résultat de nos constatations :

Employée en tant que serveuse, vous avez été en incapacité de travail totale dès le 29 novembre 2007.

Lors de l'enquête ménagère effectuée le 23 juillet 2009 à votre domicile, vous nous avez affirmé que vous travailleriez à 80% si vous étiez en bonne santé. Dès lors, nous vous avons considérée comme active à 80% et ménagère à 20%.

Selon cette même enquête, vous ne rencontrez aucun empêchement dans l'accomplissement de vos tâches ménagères.

D'autre part, pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration recueille des renseignements médicaux auprès des médecins consultés par l'assuré et, le cas échéant, fait procéder à des expertises par des médecins neutres. La tâche de l'expert consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion ainsi que dans quelles activités elle est incapable de travailler.

En date du 6 avril 2009, vous avez été examinée par un spécialiste du Service Médical Régional AI (ci-après: SMR).

Il ressort de l'examen clinique du SMR que vous présentez une incapacité de travail totale dans votre activité habituelle de serveuse. Par contre, dans une activité adaptée à votre atteinte, soit une activité sédentaire ou semi-sédentaire principalement en position assise avec possibilité d'alterner les positions, courts déplacements possibles mais éviter les terrains instables, les montées et descentes d'escalier, les pentes, pas de travaux en position accroupie ou à genou, pas de port de charges supérieur à 15 kg et éviter les métiers qui impliquent une mobilité de l'épaule gauche au-delà de l'horizontale et le soulèvement de charges avec le membre supérieur gauche, vous conservez une capacité de travail de 75% et ce dès le 1<sup>er</sup> mars 2008.

Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on peut convenir qu'un certain nombre d'entre elles répondent aux critères ci-dessus."

Le revenu d'invalidé, retenu conformément à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (année de référence 2006; ESS 2006, TA1, niveau de qualification 4), prenait en compte, outre l'indexation pour 2007, une capacité de travail partielle de 75% et un abattement de 5% en raison des limitations fonctionnelles. Le salaire exigible final était ainsi de 37'149 fr. 42. Le revenu sans invalidité a été estimé à 34'632 fr. à 80%, selon la CCT des cafés restaurants hôtellerie.

Par courrier du 18 septembre 2009, l'assurée a fait part de ses objections relatives au projet de décision. Elle reprochait à l'OAI de ne pas avoir mentionné le changement d'avis du Dr Z.\_\_\_\_\_ quant à l'aggravation de ses douleurs ni d'avoir requis l'avis du Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédie et traumatologie. En sus d'une aggravation de ses douleurs au niveau des genoux, des hanches et de son épaule droite, elle mentionnait être actuellement en traitement pour dépression.

Sollicité par l'OAI, le Dr C.\_\_\_\_\_ a adressé son rapport le 29 octobre 2009. Il a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une gonarthrose gauche, un status après prothèse totale du genou gauche [*recte*: droit] le 22 novembre 2005 et prothèse de la hanche gauche le 6 décembre 2007, précisant qu'une hospitalisation était prévue le 7 décembre 2009 pour l'implantation d'une prothèse totale au niveau du genou gauche. Il estimait qu'en raison de la gonarthrose et des prothèses implantées au niveau de la hanche et du genou, engendrant une gêne résiduelle, l'activité de sommelière exercée jusqu'ici n'était plus exigible et qu'il convenait de réévaluer la situation après l'opération du 8 décembre suivant.

Par avis SMR du 16 avril 2010, le Dr L.\_\_\_\_\_ a constaté que l'hospitalisation entraînait une incapacité de travail totale dans toute

activité depuis le 7 décembre 2009 et que les capacités retenues dans le rapport SMR restaient valables jusqu'à cette date.

Dans un rapport adressé à l'OAI le 14 mai 2010, le Dr C.\_\_\_\_\_ a relevé que l'évolution au niveau du genou gauche opéré en décembre 2009 était lente mais objectivement favorable, alors que subjectivement, la patiente se plaignait de douleurs assez diffuses et persistantes. Se prononçant sur l'activité exercée, il indiquait qu'en raison d'une prothèse de genou des deux côtés et d'une prothèse totale de la hanche gauche, l'assurée n'était plus en mesure de travailler comme sommelière, précisant que, selon lui, il n'y avait pas d'activité adaptée au handicap raisonnablement envisageable et aucune possibilité de réinsertion dans une activité professionnelle régulière quelle qu'elle soit. Il joignait à son rapport deux courriers adressés au Dr D.\_\_\_\_\_, médecin praticien FMH. Le courrier du 2 mars 2010 mentionnait une bonne évolution de la situation au niveau du genou opéré, la patiente pouvant se déplacer sans canne, relevant que cette dernière se plaignait nettement plus de sa hanche gauche. Le courrier du 14 mai 2010 relevait notamment ce qui suit:

"D'un point de vue orthopédique, l'évolution au niveau du genou gauche est bonne, il existe un décalage entre le résultat objectif de l'opération et le ressenti de la patiente. Les douleurs ont toujours été difficilement gérables chez Madame V.\_\_\_\_\_ déjà après l'implantation de la première PTG par mon collègue le Dr Z.\_\_\_\_\_ en 2005. Elle se plaint également de douleurs beaucoup plus diffuses au niveau des épaules, des coudes et des poignets."

Afin de déterminer les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de l'assurée à la suite de la mise en place de la seconde prothèse du genou, un examen clinique orthopédique a été réalisé au SMR le 10 juin 2010. Le Dr B.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une coxarthrose primaire bilatérale, status après arthroplastie totale de la hanche gauche (M16.0), une gonarthrose primaire bilatérale, status après arthroplastie totale des genoux, un syndrome de la coiffe des rotateurs des deux épaules, conflit sous-acromial bilatéral et des lombalgies communes. Au terme de son rapport établi le 25 juin 2010, il s'est exprimé comme suit:

## **"Limitations fonctionnelles**

L'assurée peut effectuer une activité sédentaire ou semi-sédentaire, principalement assise, avec la possibilité d'alterner les positions à sa guise. Les courts déplacements à plat sont possibles. Elle doit éviter : la marche en terrain irrégulier, les montées/descentes d'escaliers ou les pentes à répétition ; les travaux en position accroupi ou à genou ; le port de charges supérieures à 10 kg, le soulèvement de charges de plus de 10 kg ; tous les métiers qui impliquent une mobilité des épaules au-delà de l'horizontal ou les mouvements répété[s] de celle-ci.

## **Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?**

Arrêt de travail à 100% dès le 29.11.2007.

## **Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?**

L'assurée n'a pas repris d'activité lucrative. Le Dr C.\_\_\_\_\_, dans son dernier rapport à l'AI du 14.05.2010, considère que l'assurée ne peut plus travailler comme sommelière et qu'à son avis elle ne pourra pas être réinsérée dans une activité professionnelle quelle qu'elle soit car il n'y a pas, selon lui, d'activité adaptée au handicap qui soit raisonnablement envisageable. Il est clair que les divers problèmes orthopédiques de l'assurée font qu'elle est totalement incapable de reprendre un travail debout comme celui de serveuse. Après avoir examiné attentivement l'assurée et son dossier, nous considérons que dans un travail parfaitement adapté aux limitations fonctionnelles la capacité de travail de l'assurée n'est pas complète. Une diminution de la capacité de l'ordre de 25% est probablement due aux douleurs et à la nécessité de faire des pauses. A noter qu'une enquête ménagère demandée par l'AI en juin 2009 considère l'assurée active à 80% et ménagère à 20%. Ils n'ont pas trouvé d'invalidité en tant que ménagère. Il est clair que durant les 3 premiers mois après chaque arthroplastie totale l'assurée n'était pas apte à travailler.

La capacité de travail de l'assuré[e] est à traduire en termes de métier par un spécialiste en réhabilitation.

## **Capacité de travail exigible**

Dans l'activité habituelle: 0%

Dans une activité adaptée: 75% Depuis le: 08.03.2010, soit 3 mois après la dernière intervention chirurgicale."

Par avis SMR du 1<sup>er</sup> juillet 2010, le Dr L.\_\_\_\_\_ a retenu une exigibilité de 75% dans une activité adaptée à compter du 8 mars 2010.

Par décision du 13 juillet 2010, l'OAI a intégralement confirmé son projet de décision. La motivation correspondait en tous points à celle du préavis du 25 août 2009, à laquelle était ajoutée l'explication suivante:

"[...] suite à votre contestation du 18 septembre 2009, nous avons repris l'instruction de votre dossier.

A cet effet, nous avons sollicité de nouveaux renseignements médicaux auprès du Dr C.\_\_\_\_\_. D'autre part, vous avez été convoquée une nouvelle fois auprès du Service Médical Régional AI le 10 juin 2010 pour un examen orthopédique. Il en ressort que vous avez présenté une incapacité de travail totale du 8 décembre 2009 au 7 mars 2010.

Après une nouvelle analyse de votre situation médicale, nous constatons que votre capacité de travail dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles est à nouveau de 75% dès le 8 mars 2010.

Votre contestation du 18 septembre 2009 ne nous apporte donc aucun élément susceptible de modifier notre position."

**C.** L'assurée a recouru auprès de la Cour des assurances sociales contre cette décision par acte du 10 août 2010, en concluant à l'octroi d'une rente AI. En substance, elle fait valoir que ses problèmes de santé l'empêchent de reprendre une activité professionnelle. Elle mentionne être sous anti-dépresseurs.

Dans sa détermination du 28 octobre 2010, l'OAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. S'agissant du grief relatif à la capacité de travail résiduelle, il a relevé que le rapport d'examen clinique rhumatologique du SMR du 25 juin 2010, qui retenait une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, remplissait toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumettait la valeur probante d'un tel document.

La recourante n'a pas fait valoir d'observations complémentaires.

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

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 53 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile (art. 60 LPGA) par V.\_\_\_\_\_ contre la décision rendue le 13 juillet 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision 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; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, est litigieux le point de savoir si la recourante a droit à une rente AI.

**3. a)** Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). Toute "invalidité" n'ouvre pas nécessairement le droit à une rente; selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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. Le droit à la rente prend naissance, au plus tôt, lorsque la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, lorsque l'assuré a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Il sied de préciser que l'incapacité de gain se distingue de l'incapacité professionnelle, c'est-à-dire l'incapacité de travailler dans sa profession habituelle. Une personne présente une incapacité de travail si, en raison d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique, elle ne peut accomplir une partie ou la totalité du travail qui peut raisonnablement être exigée d'elle dans sa profession ou son domaine d'activité. 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 (cf. art. 6 LPGA). Est par contre 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).

**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 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. 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; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2; 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1; I 312/06 du 29 juin 2007, consid. 2.3; I 778/05 du 11 janvier 2007, consid. 6.1).

**c)** Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut 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.

De jurisprudence constante, 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 en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 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 les

références; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). 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. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane de médecins traitants. 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. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I\_81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). Cependant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). De jurisprudence constante, il est admis que le fait pour des organismes d'assurances sociales de mandater des médecins en qualité d'expert ne saurait, à lui seul, prêter le flanc à la critique (TFA I 371/2005 du 1<sup>er</sup> 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 218/2008 du 14 juin 2000, consid. 4b). L'expert désigné par l'OAI bénéficie d'une présomption d'impartialité. Il appartient donc à l'expertisé d'établir la preuve du contraire (TF 9C\_67/2007 du 28 août 2007, consid. 2.4). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (TF 9C\_67/2007 du 28 août 2007 consid. 2.4). Le Tribunal fédéral a encore indiqué à ce propos que la présomption d'impartialité de l'expert ne pouvait être renversée au seul motif de l'existence d'un rapport de travail (subordination) liant l'expert à l'organisme d'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4 et les références).

Les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas; elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 9C\_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4; 9C\_34/2008 du 7 octobre 2008, consid. 3; TFA I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2; I 573/04 du 10 novembre 2004, consid. 4).

**4.** En premier lieu, il convient d'apprécier la capacité de travail résiduelle de la recourante dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles établies.

**a)** L'examen clinique orthopédique réalisé le 6 avril 2009 par le Dr B. \_\_\_\_\_ a mis en évidence des atteintes à la santé sous forme de gonarthrose primaire bilatérale, status après arthroplastie totale du genou droit en novembre 2005, de coxarthrose primaire bilatérale, status après arthroplastie totale de la hanche gauche en décembre 2007, de lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, probable déchirure du sus-épineux, et de lombalgies. L'examineur retient qu'une incapacité de 100% doit être admise dans l'activité habituelle de l'assurée (serveuse) - dite activité ne respectant pas les limitations fonctionnelles établies - et qu'une capacité de travail est exigible à 75% dans un travail parfaitement adapté aux limitations fonctionnelles. Au terme du second examen clinique orthopédique réalisé le 10 juin 2010, le Dr B. \_\_\_\_\_ diagnostique les mêmes atteintes, auxquelles s'ajoute un status après arthroplastie du genou droit. Il confirme que les divers problèmes orthopédiques de l'assurée entraînent une totale incapacité à reprendre une activité en position debout, comme celle de serveuse, et qu'un travail parfaitement adapté aux limitations fonctionnelles peut être exercé à 75%, la diminution de la capacité de l'ordre de 25% étant probablement due aux douleurs et à la nécessité de faire des pauses.

Le Dr B.\_\_\_\_\_ a rédigé ses rapports après avoir étudié les éléments médicaux versés au dossier et procédé à deux examens cliniques successifs. Chacun de ses rapports contient une anamnèse personnelle, professionnelle et systémique, la description des plaintes et données subjectives de l'assurée, la description de l'observation clinique avec status ostéoarticulaire, les résultats des examens radiologiques, les diagnostics selon la CIM-10, une appréciation du cas et les influences sur la capacité de travail.

Sur la base de ces rapports, le SMR a estimé, par avis des 22 avril 2009 et 1<sup>er</sup> juillet 2010, que les atteintes à la santé de la recourante justifiaient une incapacité de travail totale dans l'activité de serveuse, activité exigeant des stations debout prolongées et des efforts de déambulation. *A contrario*, dans une activité adaptée, il a admis une baisse de rendement de 25% en raison des problèmes orthopédiques, des douleurs et de la nécessité de faire des pauses, concluant ainsi à une exigibilité de 75%, valable trois mois après chaque arthroplastie totale de l'assurée, soit dès le 1<sup>er</sup> mars 2008 puis dès le 8 mars 2010.

**b)** Les conclusions du Dr B.\_\_\_\_\_ ne sont mises en doute par aucun avis médical contraire probant versé au dossier. En particulier, la Cour ne saurait écarter l'avis de l'examineur au profit de celui des Drs Z.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_.

En effet, ces médecins n'ont fourni aucun élément tendant à démontrer en quoi les résultats des examens cliniques orthopédiques seraient erronés.

A cet égard, on constate que l'examineur pose des diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail que les médecins traitants ont également retenus. En effet, le Dr Z.\_\_\_\_\_, dans le rapport du 29 avril 2008 adressé à l'OAI, diagnostique une dysplasie fémoro-patellaire avec instabilité rotulienne, une gonarthrose bilatérale, une coxarthrose bilatérale, et des statuts trois ans après prothèse totale du genou droit, respectivement six mois après prothèse totale de la hanche

gauche. Sans se déterminer sur les limitations fonctionnelles, ce médecin retient une incapacité de travail totale dès le 26 novembre 2007, indiquant qu'après rééducation, avec musculation intensive, un travail partiellement debout et partiellement assis, au taux de 50%, pourra être envisagé dans l'avenir. Le 12 janvier 2009, après entretien avec le Dr W.\_\_\_\_\_, lequel retient une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de l'assurée et une pleine capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles posées, le Dr Z.\_\_\_\_\_ reconnaît que, dans le cas où l'activité serait adaptée, sa patiente a effectivement une pleine capacité de travail malgré les diverses douleurs dont elle se plaint. Dans un courrier du 17 février 2009, il relate les plaintes de la recourante, à savoir une aggravation des douleurs polyarticulaires, particulièrement au niveau de la hanche gauche et du genou, ainsi qu'au niveau des épaules, et conclut que la capacité de travail à 100%, même dans une activité adaptée, semble être remise en cause. Cependant, sa conclusion ne découle que de données subjectives; il ne fait état d'aucun élément objectif susceptible de justifier un retour à une incapacité de travail de totale de l'assurée.

L'avis du Dr C.\_\_\_\_\_ ne saurait pas plus mettre en doute l'avis du Dr B.\_\_\_\_\_. En effet, dans le rapport du 29 octobre 2009, le Dr C.\_\_\_\_\_ pose les diagnostics de gonarthrose gauche, de status après prothèse totale du genou droit et prothèse totale de la hanche gauche. Il estime que l'activité de sommelière n'est plus exigible mais une réévaluation de la situation devra avoir lieu après la pose de la seconde prothèse totale du genou. Le 14 mai 2010, soit cinq mois après dite opération, le Dr C.\_\_\_\_\_ retient une évolution lente mais objectivement favorable, bien que la recourante se plaigne de douleurs diffuses et persistantes. Il conclut que cette dernière n'est plus en mesure de travailler comme sommelière. Selon lui, il n'y a pas d'activité adaptée au handicap raisonnablement envisageable, la patiente présentant un syndrome douloureux diffus au niveau des deux genoux et des douleurs mécaniques au niveau de la hanche gauche, et aucune possibilité de réinsertion dans une activité professionnelle régulière quelle qu'elle soit. Concernant les limitations fonctionnelles, ce médecin s'est contenté de

cocher les cases figurant dans le rapport du 14 mai 2010 que lui a adressé l'OAI, sans y apporter d'autres explications. On constate, à cet égard, que les limitations retenues correspondent à celles énumérées au terme du rapport d'examen clinique orthopédique du 25 juin 2010, exception faite d'une différence de 5 kg dans la limite des poids à soulever ainsi que de l'alternance des positions. La Cour retient par ailleurs que le Dr C. \_\_\_\_\_ avait indiqué qu'il convenait de réévaluer la situation de la recourante après la pose de la seconde prothèse au genou, ce que l'intimé a réalisé en confiant un nouvel examen orthopédique au Dr B. \_\_\_\_\_.

Les médecins consultés admettent unanimement que les différents problèmes orthopédiques dont souffre l'assurée engendrent une incapacité de travail totale dans la profession de sommelière, plus particulièrement dans toute activité exercée principalement en position debout. Concernant la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, le Dr Z. \_\_\_\_\_ doute qu'elle soit de 100% (cf. courrier du 17 février 2009), ce que le Dr B. \_\_\_\_\_ admet puisqu'il retient une diminution de la capacité de l'ordre de 25% en raison des multiples problèmes orthopédiques, des douleurs et de la nécessité de faire des pauses. Quant au Dr C. \_\_\_\_\_, il estime qu'il n'y a pas d'activité adaptée au handicap raisonnablement envisageable, en raison des douleurs présentées par la recourante, sans se déterminer précisément sur les limitations fonctionnelles. De surcroît, on constate que l'incapacité de travail retenue par les médecins traitants est principalement motivée par les plaintes douloureuses de la patiente. Il sied de préciser à cet égard que les données subjectives de la recourante ont été prises en compte lors des deux examens cliniques orthopédiques et que la diminution de la capacité de l'ordre de 25% est principalement justifiée par les douleurs ressenties par cette dernière. Au demeurant, on rappellera que le Dr C. \_\_\_\_\_, dans son courrier du 14 mai 2010 adressé au Dr D. \_\_\_\_\_, a mentionné l'existence d'un décalage entre le résultat objectif de l'opération et le ressenti de la patiente.

Il sied également de relever, comme l'a fait à juste titre l'intimé, que l'enquête ménagère réalisée en juin 2009 n'a pas retenu

d'empêchement dans l'accomplissement des tâches ménagères. Cette appréciation n'a fait l'objet d'aucun grief de la part de la recourante.

Au vu de ce qui précède, l'appréciation du Dr B.\_\_\_\_\_ est concluante. Ses rapports d'examen, convaincants et étayés, remplissent les exigences pour se voir reconnaître pleine valeur probante, et aucune opinion contraire ne vient sérieusement les remettre en cause.

**c)** Enfin la recourante allègue être sous anti-dépresseurs. Il n'y a toutefois aucun rapport médical au dossier attestant de troubles psychiques ayant des conséquences sur la capacité de travail de celle-ci.

C'est dès lors à juste titre que l'intimé s'est fondé sur ces examens, corollairement sur les avis du SMR des 22 avril 2009 et 1<sup>er</sup> juillet 2010, et a arrêté que, dans les trois mois suivant chaque arthroplastie totale, l'assurée présentait une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée et une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de serveuse.

**5.** Cela étant, il convient de déterminer la perte de gain que subirait la recourante dans l'exercice d'une activité médicalement exigible.

**a)** L'invalidité, au sens du droit fédéral, est évaluée, chez les assurés actifs, en comparant le revenu que l'intéressé pourrait obtenir en exerçant une activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidé) avec le revenu qu'il aurait eu s'il n'était pas devenu invalide (revenu sans invalidité), ce qui correspond à la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA). La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas,

l'invalidé a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1; 110 V 273 consid. 4b).

La comparaison des revenus (revenu avec invalidité et revenu sans invalidité) s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence, exprimée en pour-cent (ATF 114 V 310) permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; 104 V 135 consid. 2a et 2b).

**b)** Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). 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 (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 1997, p. 105 s.).

Pour déterminer le revenu que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidé), il doit être tenu compte avant tout de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Selon la jurisprudence constante, lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité, ou alors aucune activité adaptée normalement exigible, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base des statistiques telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ci-après: ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; 126 V 75 consid. 3b/bb; 124 V 321 consid. 3b/aa; TF 9C\_104/2009 du 31 décembre 2009, consid. 5.2; TFA I 864/2005 du 26 octobre 2006, consid. 2.5; I 298/2004 du 21 juillet 2005, consid. 6; RCC 1991 p. 332 consid. 3c). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa).

**c)** Lorsqu'il est fait application des valeurs statistiques précitées, certains empêchements propres à la personne de l'invalidé (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) requièrent qu'intervienne une réduction (pondération sur les salaires ESS) (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa et bb; cf. pour exemple TF 9C\_91/2010 du 2 juillet 2010, consid. 4.1). Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 134 V 322 consid. 5.2). Un tel mode de procéder a pour finalité de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalidé qui correspond au plus près à la mise en valeur exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de la personne assurée (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte de l'ensemble des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/cc; VSI 2/2002 p. 64 consid. 4b). La déduction résulte d'une évaluation et doit par conséquent être brièvement motivée par l'OAI. Le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 6.2; 134 V 322 consid. 5.2 et 6.2; 126 V 75 consid. 5b/dd).

**6.** En l'espèce, la recourante ne conteste pas les revenus tels que fixés par l'intimé. Cependant, la Cour constate que l'abattement sur le salaire statistique retenu par l'OAI n'est pas adéquat, au vu de la situation de la recourante.

L'assurée, âgée de 56 ans au moment de la demande du droit à la rente, était certes en dessous du seuil à partir duquel le Tribunal fédéral parle d'un âge avancé, où l'exercice d'une nouvelle activité adaptée ne peut plus raisonnablement être exigée compte tenu des années de travail restant avant la retraite (TF 9C\_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2; 9C\_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4; 9C\_612/2007

du 14 juillet 2008 consid. 5.1). Toutefois, le critère de l'âge conserve son importance, ce que semble avoir ignoré l'intimé.

De plus, la recourante présente une problématique physique engendrant de nombreuses limitations fonctionnelles, lesquelles sont au demeurant contraignantes et laissent subsister un taux d'occupation de 75%.

Partant, l'ensemble des facteurs de réduction, pris dans le cadre même de l'évaluation de l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle, justifie un abattement supérieur au 5% retenu par l'intimé.

Toutefois, même si l'on admettait le taux d'abattement maximum de 25%, le droit à la rente ne serait pas ouvert. En effet, le revenu d'invalidé s'élèverait à 29'328 fr. 50 (39'104 fr. 65 - 25%) et, après comparaison avec le revenu sans invalidité (34'632 fr.), il résulterait une perte de gain de 5'303 fr. 50, correspondant à un degré d'invalidité de 15.31 % (5'303 fr. 50 / 34'632 fr. x 100). Le taux d'invalidité se situant en deçà du degré minimum de 40%, il n'ouvrirait pas le droit à quart de rente d'invalidité. De surcroît, le seuil minimum de 20% environ de la diminution de la capacité de gain fixé par la jurisprudence (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b) pour ouvrir le droit à une mesure d'ordre professionnel ne serait également pas atteint.

Au vu de ce qui précède, la recourante ne peut prétendre à des prestations AI, de sorte que l'on ne saurait faire grief à l'intimé d'avoir nié le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

**7. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise

à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens dès lors que la recourante, qui a au demeurant procédé sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'obtient pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 13 juillet 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de V.\_\_\_\_\_.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- V.\_\_\_\_\_
- 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 :