

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 mai 2012

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : M. Métral et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

N._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Alain Dubuis,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 7 et 8 LPGA; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) N. _____ (ci-après : l'assurée), ressortissante kosovare née en 1959, sans formation professionnelle, mère de six enfants, arrivée en Suisse en 1991 et titulaire d'une autorisation d'établissement, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en date du 10 juin 2009, invoquant des gonalgies chroniques gauches, un status après méniscectomie en 2008, des lombalgies chroniques et un status après cholécystectomie. Dans ce contexte, elle a également précisé qu'elle avait travaillé comme femme de ménage à 100% du 3 janvier 2007 au 17 juillet 2008 pour l'entreprise V. _____ SA.

b) Aux termes d'un questionnaire 531 bis complété le 1^{er} juillet 2009, l'intéressée a indiqué que sans atteinte à la santé, elle aurait exercé une activité à 100% dans le domaine du nettoyage depuis 2006, afin d'être indépendante et de s'en sortir financièrement.

Toujours le 1^{er} juillet 2009, dans un questionnaire intitulé «*Renseignements complémentaires pour l'intervention précoce*», l'assurée a précisé que son incapacité de travail était liée à d'intenses douleurs au niveau du genou gauche. Elle a ajouté qu'elle était sans activité depuis août 2008, et qu'elle ne voyait pas quel travail elle pourrait exercer à l'avenir du fait de son handicap.

c) Interpellé par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), le Dr F. _____, médecin généraliste traitant de l'assurée, a fait part de ses observations dans un rapport du 27 juillet 2009. Il a posé les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de lombalgies sur discopathie L5-S1, de gonalgies gauches sur lésion de la corne postérieure du ménisque interne et lésion cartilagineuse de stade III du condyle fémoral interne et de stade II à III de l'articulation fémoro-patellaire, de status après laparoscopie le 5 [recte : 4] décembre 2008, de status post ligature des trompes utérines en 1991, et de status après cholécystectomie en 2008. Il a indiqué que l'intéressée s'était

trouvée en incapacité de travail complète du 18 janvier au 22 mars 2008, du 21 juillet au 11 août 2008, et enfin depuis le 25 août 2008. Il a ajouté qu'il était impossible déterminer si l'activité habituelle était encore exigible, mais qu'une activité adaptée paraissait envisageable à un taux probablement supérieur à 50%. S'agissant des limitations fonctionnelles, il a mentionné que l'assurée pouvait exercer une activité exclusivement en station assise ou requérant différentes positions, mais qu'elle devait en revanche éviter les travaux uniquement debout ou effectués principalement en marchant, en se penchant, avec les bras au-dessus de la tête, accroupi ou à genoux; en outre, le port de charges ainsi que les activités nécessitant de monter sur des escaliers, une échelle ou un échafaudage étaient contre-indiqués. L'assurée présentait par ailleurs des limitations au niveau de sa capacité de compréhension et d'adaptation, cela pour des raisons linguistiques, respectivement du fait de sa nationalité.

Dans un rapport du 29 juillet 2009, le Dr T._____, chef de clinique au Service d'orthopédie et de traumatologie du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier M._____), a retenu que l'assurée présentait des atteintes avec impact sur la capacité de travail depuis environ juin 2008, sous forme de lésion de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche, de lésion cartilagineuse de stade III du condyle fémoral interne, et de lésion cartilagineuse de stade II ou III de l'articulation fémoro-patellaire. Il a attesté une incapacité de travail de 100% depuis le 23 octobre 2008, et a estimé que l'activité habituelle d'employée d'entretien n'était plus exigible.

Dans un questionnaire pour l'employeur complété le 5 août 2009, l'entreprise V._____ SA a précisé que l'assurée avait été engagée le 21 février 2006, que son contrat avait pris fin le 17 juillet 2008, qu'elle avait effectué un horaire hebdomadaire de 43 heures avant son atteinte à la santé, et qu'elle avait réalisé un salaire horaire de base de 18 fr. 60 dès le 3 janvier 2008, correspondant à un salaire total de 22 fr. 50 après addition de la part au treizième salaire ainsi que des indemnités de

vacances et de jours fériés. Il était en outre indiqué qu'à l'heure actuelle, sans ses troubles de santé, l'intéressée aurait perçu un salaire horaire de base de 18 fr. 60 dans son ancienne activité.

Le 11 janvier 2010, l'assurée a été convoquée au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), où elle a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique effectué - en présence d'un traducteur de langue albanaise - par le Dr B._____, spécialiste en rhumatologie et en médecin physique et rééducation. Dans son rapport du 1^{er} février suivant, ce médecin a notamment fait état de ce qui suit :

"DOSSIER RADIOLOGIQUE

Rx des genoux de face en charge et profil du 23.7.08 : pas de pincement conséquent sous réserve de clichés non tangentiels. A gauche, sclérose du plateau tibial interne, volumineux ostéophyte tibial interne ; pincement fémoro-patellaire avec ostéophyte de la pointe supérieure de la rotule et calcification quadricipitale ; effilement des épines tibiales. A droite effilement des épines tibiales.

Rx du rachis lombaire debout de face du 23.7.08 : légère scoliose lombaire à convexité gauche, espaces conservés, pas de troubles dégénératifs postérieurs ; sacro-iliaques sp.

DIAGNOSTICS

- avec répercussion durable sur la capacité de travail

- GONARTHROSE DU COMPARTIMENT INTERNE ET FÉMORO-PATELLAIRE G. M17.1

- sans répercussion sur la capacité de travail

- ANTÉCÉDENTS DE LOMBALGIES SUR DISCOPATHIE L5-S1 ET TROUBLES STATIQUES.

APPRÉCIATION DU CAS

[...]

Madame N._____ se dit incapable de reprendre une activité de femme de ménage en raison de gonalgies G diffuses, persistantes, continues, sans modification après l'intervention du 04.12.2008. L'assurée dit avoir parfois son genou qui gonfle, elle n'a pas eu de ponctions articulaires, l'assurée n'a plus vu le Dr T._____, son orthopédiste, depuis 4 mois. Il n'y a pas de nouvelle intervention planifiée. L'assurée a stoppé toute physiothérapie, elle a stoppé la prise de médicaments, en l'absence d'amélioration des symptômes.

Madame N._____ se décrit extrêmement limitée dans ses possibilités, se dit capable de marcher seulement 10 minutes à plat

avec une canne du côté D ; pour monter les 3 étages jusqu'à son domicile, l'assurée dit s'arrêter toutes les deux marches. L'assurée dit ne pratiquement rien faire dans les activités ménagères, elle aide parfois pour confectionner les repas.

Madame N. _____ n'annonce pas spontanément de lombalgies, comme autre problème de santé gênant une reprise d'activité professionnelle, l'assurée dit avoir des douleurs récentes des épaules, de l'hypertension artérielle et des douleurs à présent du genou D.

[...]

Au niveau des genoux, nous constatons un tibia vara, il n'y a pas de troubles statiques propres au niveau des genoux, l'assurée a un panicule adipeux important sur les deux compartiments internes. Il n'y a pas de tuméfaction du compartiment interne ou du compartiment antérieur, pas de rougeur. L'assurée a un comportement algique marqué à l'examen de ses genoux, surtout du côté G. Nous objectivons une légère amyotrophie de non-utilisation du quadriceps G, sous réserve du tissu adipeux recouvrant ce muscle. La mobilité est légèrement diminuée ddc, il existe des crissements articulaires au niveau fémoro-patellaire. Les tests méniscaux sont douloureux ddc, mais sans blocage. Les genoux sont stables. [...] Il n'y a pas d'épanchement. L'assurée a des douleurs diffuses à la palpation du genou ddc. L'examen du genou gauche ce jour est donc peu spécifique, avec une légère amyotrophie, une légère diminution de la mobilité, l'absence d'épanchement, des douleurs diffuses à la palpation et une boiterie fluctuante. L'assurée présente 6/18 points de Smythe positifs, le nombre de points est insuffisant pour conclure à une fibromyalgie.

Au niveau du rachis, il existe des troubles statiques sous forme d'une hypercyphose, d'un relâchement de la sangle abdominale et une antépulsion de la tête. Les mouvements automatiques de la nuque sont conservés. L'assurée n'a pas de syndrome rachidien, tant au niveau cervical que lombaire. La palpation du rachis cervical moyen et bas du côté G est douloureuse, sans contracture. La palpation du rachis lombaire est indolore. Manoeuvre de Lasègue est négative.

Les radiographies des genoux de juillet 2008 montrent à gauche une gonarthrose du compartiment interne et fémoro-patellaire de degré modéré. Dans son RM du 2[7].7.09, le Dr F. _____, orthopédiste [,] retient une lésion de la corne postérieure du ménisque interne, une lésion cartilagineuse de stade III du condyle fémoral interne, de stade II à III de l'articulation fémoro-patellaire. Nous ne savons pas si ces constatations émanent d'une IRM ou de l'arthroscopie. L'assurée vient sans IRM le jour de l'examen. Les radiographies lombaires de juillet 2008 sont dans la limite des normes.

Limitations fonctionnelles

Genou G : pas de marche sans s'arrêter au-delà du km, pas de travail prolongé à genoux ou accroupi. Pas de montée-descente d'escaliers. Pas de position statique debout au-delà de 30 mn, assise au-delà de 1 ½ heure.

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

L'incapacité de travail est totale dans l'activité d'employée d'entretien depuis le 25.08.2008.

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

L'incapacité de travail est restée stationnaire avec absence d'amélioration des symptômes après résection partielle du ménisque interne, évolution vers une gonarthrose de degré modéré du compartiment interne et fémoro-patellaire.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée d'un point de vue médico-théorique par la tolérance mécanique du genou G. Dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites, l'exigibilité est complète à 3 mois de l'intervention chirurgicale, c'est-à-dire à partir de mars 2009. D'autres facteurs étrangers interviennent quant à la difficulté de l'assurée à retrouver une activité professionnelle. Il existe notamment une discordance importante entre les allégations de l'assurée, son comportement algique marqué et les constatations radio-cliniques objectivables. L'assurée n'a actuellement pas d'épanchement. La mobilité est seulement légèrement limitée avec un début d'amyotrophie de non-utilisation. Les autres facteurs étrangers sont l'absence de formation professionnelle, avec un début d'activité professionnelle effectué une fois que l'assurée avait élevé ses six enfants, une acculturation. Cette notion d'acculturation est relevée également par le Dr F. _____ dans son rapport du 27.07.2009. Au vu des facteurs étrangers et de l'évolution post-opératoire décrits ci-dessus, les chances de MOP sont très faibles.

En ce qui concerne les lombalgies sur discopathie L5-S1 annoncées par le Dr F. _____, l'assurée n'a pas de plaintes à ce niveau lors de l'entretien de ce jour. L'examen du rachis montre des troubles statiques, mais une mobilité normale, l'absence de syndrome rachidien, l'absence de sciatique irritative. Nous ne retenons pas de limitations fonctionnelles durables en relation avec la problématique lombaire.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE D'EMPLOYÉE D'ENTRETIEN : 0 %

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100%
2009"

DEPUIS LE : MARS

Aux termes d'un rapport SMR du 23 février 2010 reposant essentiellement sur les conclusions de l'examen rhumatologique précité, le Dr Z. _____ a retenu l'atteinte principale à la santé de gonalgies sur gonarthrose gauche; à titre de pathologies associées du ressort de l'AI, il a signalé des antécédents de lombalgies sur discopathie et des troubles

dégénératifs. Cela étant, il a estimé que l'intéressée présentait une incapacité de travail durable depuis le 25 août 2008, qu'elle n'était plus en mesure de reprendre son activité habituelle, mais qu'elle conservait toutefois une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles («MIG : [m]arche au-delà d'un km, position statique debout > 30 min, assise > 90 min, montées/descentes d'escaliers, travaux à genoux ou accroupi prolongé») et était apte à la réadaptation depuis mars 2009.

d) Selon le détail du calcul du salaire exigible établi 25 février 2010 par l'OAI, le revenu sans invalidité était évalué à 45'980 fr. (chiffre arrondi), motif pris que «[s]elon [le] rapport employeur du 05 août 2009 l'assurée aurait gagné sans atteinte à la santé en 2009 CHF 22,45/h, inclus vacances, indemnités et 13^{ème} salaire ($22.45 \times 43h/sem \times 4.33 \times 11 = 45'979.62$)».

Par communication du 1^{er} mars 2010, l'OAI a reconnu à l'intéressée un droit à une aide au placement, sous la forme d'une orientation professionnelle et d'un soutien dans ses recherches d'emploi.

Toujours le 1^{er} mars 2010, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité. En substance, l'office a retenu que l'intéressée n'était plus en mesure de travailler dans son activité habituelle depuis le 25 août 2008, mais qu'elle disposait en revanche d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée depuis mars 2009. Cela étant, l'OAI a procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assurée. Sur la base d'un revenu annuel de 4'116 fr. en 2008 (selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS], dans une activité simple et répétitive dans le secteur privé [production et services]), et compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2008 (41,6 heures), de l'adaptation à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2009 (+ 1.35%), et d'un abattement de 10%, l'OAI a estimé que le revenu avec invalidité s'élevait en l'occurrence à 46'855 fr. 03. Considérant que ce revenu permettait d'atteindre plus ou moins le même gain que le revenu de valide de 45'980

fr., l'office a dès lors retenu que l'assurée ne pouvait prétendre à une rente d'invalidité.

L'assurée a contesté ce projet par écrit du 31 mars 2010 rédigé par son conseil. En substance, elle a invoqué l'absence de possibilité concrète de réadaptation compte tenu de son âge et de son état de santé, et a conclu à la reconnaissance d'un droit à une rente AI entière. Elle a joint à son écriture un rapport d'imagerie par résonance magnétique [IRM] du genou droit établi le 15 mars 2010 par le Dr K._____, radiologue, constatant une méniscopathie avec une large déchirure (grade III) des deux cornes et de la portion intermédiaire du ménisque externe, une large déchirure de la corne postérieure du ménisque interne, un remodelé à caractère ostéo-arthrosique fémoro-patellaire et fémoro-tibial externe accompagné d'une chondromalacie (grade II-III) du compartiment interne et en particulier de la région médio-postérieure du condyle, une surcharge avec stress bio-mécanique à l'insertion tibiale du ligament postérieur croisé, et un large épanchement avec une importante synovite diffuse, par endroit discrètement pseudo-nodulaire.

Par envoi du 4 juin 2010, l'assurée a produit diverses pièces médicales. Parmi ces dernières, figurait notamment un rapport de consultation établi par le Dr T._____ le 26 mars 2010 et faisant état d'une décompensation du genou droit depuis 3 mois avec de fortes douleurs, une impotence fonctionnelle majeure et un épanchement important. D'autres documents indiquaient par ailleurs que l'intéressée avait été hospitalisée du 31 mars au 3 avril 2010 au Centre hospitalier M._____, où elle avait subi le 1^{er} avril 2010 une arthroscopie du genou droit, une méniscectomie et une injection de Depo-Medrol (cf. notamment rapport du 3 mai 2010 des Drs J._____ et Q._____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant au Service d'orthopédie et de traumatologie du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier M._____). Enfin, les éléments suivants ressortaient d'un rapport du 26 mai 2010 du Dr W._____, chef de clinique du Service

d'orthopédie et de traumatologie du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier M. _____ :

"Diagnostic :

- **7 semaines post méniscectomie interne du genou droit.**
- **Status après méniscectomie interne à gauche en décembre 2008.**
- **Gonarthrose varisante tricompartmentale bilatérale.**

L'évolution reste toujours difficile chez cette patiente [...]. Les premières semaines suivant l'opération montraient une évolution favorable. [...]

[...]

Attitude :

La patiente présente une gonarthrose tricompartmentale. Elle avait été prévenue que la suite de cette arthroscopie pouvait être lente et pouvait même aggraver les douleurs vu l'arthrose préexistante. Je pense que l'état actuel va encore s'améliorer sous le traitement par physiothérapie à sec et en piscine que j'ai prescrit ce jour, associé à un traitement anit-inflammatoire et anti-douleur. Par contre, il est clair qu'elle ne va pas pouvoir reprendre son métier physique avec l'état de ses genoux et je pense que sa demande AI est tout à fait justifiée [...]."

Par avis médical SMR du 26 juillet 2010, les Drs H. _____ et D. _____ ont considéré que si le Dr W. _____ avait à juste titre retenu - comme le Dr Z. _____ dans son rapport SMR du 23 février 2010 - que l'assurée ne pouvait pas reprendre son ancienne activité, il n'en restait pas moins que l'appréciation des médecins de l'administration quant à la pleine exigibilité d'une activité adaptée demeurerait pertinente. Cela étant, les Drs H. _____ et D. _____ ont estimé que les éléments médicaux produits par l'assurée depuis le projet de décision du 1^{er} mars 2010 n'étaient pas de nature à modifier la position de l'OAI.

e) Par décision du 6 janvier 2011, l'OAI a refusé d'octroyer une rente d'invalidité à l'intéressée, pour les motifs exposés dans son projet du 1^{er} mars 2010.

Dans une lettre d'accompagnement du même jour, l'office précité a exposé que l'examen clinique rhumatologique effectué au SMR le 11 janvier 2010 devait se voir reconnaître pleine valeur probante et n'était pas remis en doute par l'appréciation du Dr W. _____ du 26 mai 2010.

Pour le surplus, l'OAI a notamment souligné que l'assurée était à même d'occuper un poste dans le domaine de l'industrie légère.

B. Agissant par l'entremise de son conseil, l'intéressée a recouru le 11 février 2011 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation, à la reconnaissant d'un taux d'invalidité de 100% et à l'octroi d'une rente d'invalidité correspondante dès le 23 octobre 2008. En substance, elle reproche à l'OAI d'avoir statué sans tenir compte de ses troubles du genou droit, et d'avoir procédé à une instruction lacunaire en relation avec cette atteinte. Elle ajoute que la pleine capacité de travail dans une activité adaptée reconnue au terme de l'examen rhumatologique du SMR du 11 janvier 2010 est contredite par le rapport du Dr W. _____ du 26 mai 2010 estimant une rente d'invalidité tout à fait justifiée. Elle allègue en outre qu'aucune activité n'est concrètement et raisonnablement exigible au vu de ses limitations fonctionnelles, et fait grief à l'intimé de s'être prononcé sans égard aux éléments subjectifs propres au cas particulier, s'agissant plus particulièrement de son âge, de son manque de formation professionnelle et de ses difficultés linguistiques. A titre de mesure d'instruction, elle requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire devant porter sur ses troubles du genou droit et sur ses possibilités de réadaptation professionnelle concrètes au vu des limitations fonctionnelles affectant ses deux genoux. Enfin, elle produit diverses pièces à l'appui de ses dires.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI en a proposé le rejet dans sa réponse du 21 avril 2011. D'une part, il estime que l'épisode aigu signalé en mars-avril 2010 n'est pas de nature à modifier de façon durable les limitations fonctionnelles de la recourante telles qu'observées à l'issue de l'examen rhumatologique du SMR du 11 janvier 2010 - pleinement probant -, les restrictions retenues à cette occasion tenant déjà compte des difficultés présentées par l'intéressée des deux côtés. D'autre part, il estime que dans un marché équilibré du travail, nombre d'activités légères ne nécessitant pas de qualifications particulières demeurent accessibles à l'assurée.

Par réplique du 12 août 2011, la recourante a maintenu ses précédents motifs et conclusions, et réitéré sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Pour le surplus, elle se prévaut d'un rapport établi le 7 juillet 2011 par le Dr P._____, chef de clinique au Service de rhumatologie du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier M._____, et produit un courrier du 7 juillet 2010 adressé par le Dr W._____ au Dr P._____ concernant la mise en place d'un traitement conservateur - l'indication à une prothèse totale du genou paraissant prématurée - et relevant que la reprise de l'activité de femme de ménage paraissait difficile dans la situation actuelle.

A la requête de la juge instructeur, la recourante a, par envoi du 6 décembre 2011, produit le rapport du Dr P._____ du 7 juillet 2011. Dans son compte-rendu, ce médecin diagnostiquait une gonarthrose tricompartmentale bilatérale dans le contexte d'un genu varum, un status après lavage arthroscopique avec méniscectomie interne gauche en décembre 2008 et un status après arthroscopie du genou droit le 1^{er} avril 2010. Pour le reste, il relevait les points suivants :

"Ces pathologies limitent le périmètre de marche entre 10 et 15 minutes. Les positions assises sont difficiles, surtout le dérouillage, lorsque la patiente a été assise longtemps. Nécessité d'utiliser une paire de cannes pour la marche.

Ainsi des activités en déplacements ou en positions debout stationnaires sont exclues. La position assise nécessite également des alternances de postures, ce qui diminue le rendement, avec un taux de capacité de travail ne dépassant pas 50%."

Dans ses déterminations du 12 janvier 2012, l'OAI a confirmé sa position, se ralliant pour l'essentiel à un avis médical SMR du 21 décembre 2011. Dans cet avis, les Drs V._____ et H._____ relevaient que le rapport du Dr W._____ du 7 juillet 2010 ne se prononçait pas sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée, et que le compte-rendu du Dr P._____ du 7 juillet 2011 n'expliquait pas pourquoi le rendement était diminué de 50% même dans une activité adaptée. Cela étant, les médecins du SMR précisaient ce qui suit :

"• Les renseignements amenés sont-ils de nature à jeter un doute sérieux sur nos conclusions? Non. Nous ne contestons ni les diagnostics ni les limitations fonctionnelles. Nous divergeons sur l'estimation de la capacité de travail dans une activité adaptée. Le fait que les deux genoux soient concernés par l'arthrose ne change rien aux limitations fonctionnelles.

- Si non, merci de motiver : voir ci-dessus.

- Si oui, des investigations complémentaires sont-elles nécessaires, le cas échéant, sous quelle forme? Notre position se fonde sur un examen rhumatologique particulièrement complet du 11.1.2010. L'atteinte arthrosique du genou droit, qui s'est manifestée postérieurement à l'examen, ajoute sans doute aux douleurs et à l'inconfort de l'assurée mais ne modifie pas significativement les limitations fonctionnelles (marche limitée, pas de position statique debout, pas de position statique assise prolongée, pas de montée-descente d'escaliers). Dans ces circonstances, nous estimons que des investigations complémentaires ne sont pas nécessaires.

- Y a-t-il des indices concrets en faveur d'une aggravation de la situation médicale? On peut considérer que la gonarthrose droite s'est aggravée entre l'examen rhumatologique au SMR (janvier 2010) et la consultation du Dr T. _____ (26.3.2010).

- Si oui, peut-on la situer dans le temps? Objectivement le 26.3.2010. [...]"

Par acte du 7 mars 2012, la recourante a maintenu ses conclusions. En résumé, elle critique l'évaluation de sa capacité de travail dans une activité adaptée telle qu'effectuée par le SMR dans l'avis du 21 décembre 2011, et relève que de l'aveu même de ce service, son état de santé a bel et bien subi une aggravation postérieurement à l'examen rhumatologique réalisé le 11 janvier 2010 par le Dr B. _____, aggravation dont l'OAI n'a nullement tenu compte dans la décision entreprise. Pour le reste, elle insiste sur l'argumentation développée dans ses précédentes écritures.

E n d r o i t :

1. **a)** 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'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 - ce qui est le cas des

décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et remplit les autres exigences légales de forme (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieux le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

3. 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 vertu de 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, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

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).

c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a et les réf. citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

La jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional, au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01), a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 135 V 254 consid. 3.3.2; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2; TFA I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3). En revanche, 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. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3.b/cc et les réf. citées; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). Par ailleurs, pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes; il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des

conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son ouvrage. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée).

4. En l'occurrence, la décision querellée retient que la recourante présente certes une incapacité de travail complète dans sa profession habituelle depuis le 25 août 2008, mais qu'elle dispose en revanche depuis mars 2009 d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Cette appréciation se fonde essentiellement sur l'examen rhumatologique pratiqué par le Dr B._____ le 11 janvier 2010, et posant le diagnostic se répercutant sur la capacité de travail de gonarthrose du compartiment interne et fémoro-patellaire gauche.

De son côté, l'assurée conteste ce point de vue, reprochant à l'office intimé d'avoir statué sans tenir compte des atteintes affectant son genou droit.

a) Par rapport du 27 juillet 2009, le Dr F._____, médecin généraliste traitant, a retenu que l'intéressée présentait des atteintes incapacitantes sous forme de gonalgies gauches sur lésion de la corne postérieure du ménisque interne et lésion cartilagineuse de stade III du condyle fémoral interne et de stade II à III de l'articulation fémoro-patellaire, de lombalgies sur discopathie L5-S1, de status après laparoscopie le 4 décembre 2008, de status post ligature des trompes utérines en 1991, et de status après cholécystectomie en 2008. Il a par ailleurs estimé que l'on ne pouvait déterminer la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle, et qu'une activité adaptée paraissait exigible à un taux probablement supérieur à 50%.

Par la suite, aux termes d'un constat du 29 juillet 2009, le Dr T._____ a retenu les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de lésion de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche, de lésion cartilagineuse de stade III du condyle fémoral interne, et de lésion cartilagineuse de stade II ou III de l'articulation fémoro-patellaire. Il

a considéré que l'intéressée n'était plus à même de travailler dans son activité habituelle, mais ne s'est toutefois pas prononcé sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

A l'issue de l'examen rhumatologique pratiqué le 11 janvier 2010, le Dr B. _____ a retenu, dans son rapport du 1^{er} février suivant, le diagnostic incapacitant de gonarthrose du compartiment interne et fémoro-patellaire gauche. Il a signalé pour le surplus des antécédents de lombalgies sur discopathie L5-S1 et des troubles dégénératifs sans impact sur la capacité de travail (cf. rapport du 1^{er} février 2010 p. 5), relevant que l'assurée ne s'était pas plainte sur ce plan lors de l'examen du 11 janvier 2010, qu'elle conservait une mobilité normale au niveau du rachis en dépit de ses troubles statiques, et qu'elle ne présentait pas de syndrome rachidien ou de sciatique irritative (cf. ibid. p. 7). Il a par ailleurs noté que le genou droit de l'intéressée était entre-temps devenu douloureux (cf. ibid. p. 3 [anamnèse ostéo-articulaire], 4 [status ostéo-articulaire des membres inférieurs], et 5 s. [appréciation du cas]). Cela étant, il a estimé que l'assurée ne pouvait plus exercer sa profession habituelle depuis le 25 août 2008, mais qu'elle disposait depuis mars 2009 d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles touchant son genou gauche (pas de marche sans s'arrêter au-delà d'un kilomètre, pas de travail prolongé à genoux ou accroupi, pas de montée-descente d'escaliers, et pas de position statique debout au-delà de 30 minutes et assise au-delà de 1 heure et 30 minutes). Cette appréciation a été corroborée par le Dr Z. _____ dans un rapport SMR du 23 février 2010.

Quoi qu'en dise la recourante, l'avis du Dr B. _____ a été rédigé sur la base d'investigations complètes et approfondies, en pleine connaissance du dossier tel qu'il se présentait à l'époque, et ses conclusions apparaissent pleinement convaincantes. Plus particulièrement, quand bien même ce médecin a noté des douleurs au niveau du genou droit de l'assurée, il n'a toutefois pas considéré qu'il s'agissait là d'une atteinte susceptible de se répercuter sur la capacité de travail de l'intéressée. A cet égard, on relèvera qu'à la date de l'examen du 11

janvier 2010, l'essentiel des plaintes et des symptômes objectivement observés chez l'assurée se concentraient encore sur son genou gauche. Autrement dit, même à admettre que les troubles du genou droit de la recourante fussent déjà présents de manière sous-jacente lors de l'examen du SMR du 11 janvier 2010, il n'en demeure pas moins qu'à l'époque, ils n'engendraient pas de limitations fonctionnelles propres. Pour le surplus, l'avis - qui plus est succinctement motivé - du Dr F. _____ ne saurait mettre en doute les conclusions dûment étayées du Dr B. _____, dans la mesure où le médecin traitant s'est limité à avancer sa propre appréciation des faits, sans se référer à aucun élément objectif et concret que le rhumatologue du SMR aurait omis de prendre en compte. Par ailleurs, il apparaît que le Dr T. _____ a formulé des observations pour l'essentiel compatibles avec les conclusions du Dr B. _____, respectivement qu'il n'a pas évoqué d'élément susceptible de démentir l'appréciation de ce dernier.

Il s'ensuit que pour ce qui est de l'évolution médicale jusqu'à la date de l'examen clinique rhumatologique effectué le 11 janvier 2010, le rapport du Dr B. _____ du 1^{er} février 2010 s'avère pleinement probant (cf. consid. 3c supra).

b) Dans un second temps, après avoir fait l'objet d'une IRM du genou droit en date du 15 mars 2010, la recourante a consulté le Dr T. _____ en date du 26 mars 2010 en raison d'une décompensation de ce genou survenue trois mois plus tôt avec de fortes douleurs, une impotence fonctionnelle majeure et un épanchement important. Elle a ensuite été hospitalisée du 31 mars au 3 avril 2010 au Centre hospitalier M. _____, où elle a subi le 1^{er} avril 2010 une arthroscopie du genou droit avec méniscectomie et injection de Depo-Medrol. Puis, dans un rapport du 26 mai 2010, le Dr W. _____ du Centre hospitalier M. _____ a mentionné les diagnostics de status sept semaines après une méniscectomie interne du genou droit, de status après méniscectomie interne du genou gauche en décembre 2008, et de gonarthrose varisante tricompartmentale bilatérale. Estimant que l'évolution post-opératoire était favorable, il a indiqué que l'état actuel de l'intéressée allait encore s'améliorer sous

l'effet du traitement physiothérapeutique mis en œuvre, mais qu'il n'en restait pas moins qu'elle ne pourrait pas «*reprendre son métier physique avec l'état de ses genoux*», et qu'il considérait dès lors la demande de prestations AI «*tout à fait justifiée*». Par la suite, dans un avis médical SMR du 26 juillet 2010, les Drs H._____ et D._____ ont observé que c'était à juste titre que le Dr W._____ retenait - à l'instar du rapport SMR du 23 février 2010 - que l'assurée n'était plus à même de travailler dans sa profession habituelle. Ils ont néanmoins estimé que l'exercice d'une activité adaptée demeurait pleinement exigible.

Entre-temps, le 7 juillet 2010, le Dr W._____ a adressé l'assurée au Dr P._____ en vue de la mise en œuvre d'un traitement conservateur, tout en soulignant que la reprise de l'activité habituelle de femme de ménage paraissait difficile dans la situation actuelle. Puis, le 7 juillet 2011, le Dr P._____ a posé les diagnostics de gonarthrose tricompartmentale bilatérale dans le contexte d'un genu varum, de status après lavage arthroscopique avec méniscectomie interne gauche en décembre 2008, et de status après arthroscopie du genou droit le 1^{er} avril 2010. Il a considéré que le périmètre de marche de l'assurée était limité entre 10 et 15 minutes, que les activités nécessitant des déplacements ou la position debout de manière stationnaire étaient exclues, et que les activités en position assise devaient permettre l'alternance des postures. Il en a déduit une diminution du rendement de l'intéressée et une capacité de travail ne dépassant pas 50%. Cela étant, les Drs V._____ et H._____ du SMR ont pris position le 21 décembre 2011, relevant que le rapport du Dr W._____ du 7 juillet 2010 ne se prononçait pas sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, et que le compte-rendu du Dr P._____ n'indiquait pas les raisons pour lesquelles la capacité de travail ne dépassait pas 50% même dans une activité adaptée. Pour le reste, ils ont exposé qu'ils ne contestaient pas les diagnostics et les limitations fonctionnelles signalés par les médecins de l'assurée, mais que seule était problématique l'estimation de la capacité de travail dans une activité adaptée. Sur ce point, ils ont retenu que si l'atteinte arthrosique du genou droit - qui s'était manifestée après l'examen rhumatologique du SMR du 11 janvier 2010 - ajoutait sans doute

aux douleurs et à l'inconfort de l'assurée, il demeurerait que cette atteinte ne modifiait pas significativement les limitations fonctionnelles (marche limitée, pas de position statique debout, pas de position statique assise prolongée, pas de montée-descente d'escaliers). Ils en ont déduit que nonobstant l'aggravation de la gonarthrose droite entre l'examen rhumatologique du SMR du 11 janvier 2010 et la consultation du Dr T._____ du 26 mars 2010, des investigations complémentaires n'étaient pas nécessaires.

Force est de constater que les avis médicaux susmentionnés concordent s'agissant des pathologies et des limitations fonctionnelles présentées par l'assurée. Il est également constant que la capacité de travail de cette dernière dans son activité habituelle demeure nulle. Les appréciations divergent en revanche quant à la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée. A cet égard, il sied de souligner que les Drs T._____ et W._____ ne se sont nullement prononcés sur la question dans leurs rapports respectifs des 26 mars, 26 mai et 7 juillet 2010. De son côté, le Dr P._____ a pris position sur cette problématique, considérant que les limitations fonctionnelles de l'intéressée induisaient une diminution de la capacité de travail d'au moins 50%. Or, il appert que les limitations fonctionnelles signalées par ce médecin (périmètre de marche limité entre 10 et 15 minutes, nécessité d'éviter les activités requérant des déplacements ou la position debout de manière stationnaire, les activités en position assise devant quant à elles permettre l'alternance des postures) ne s'écartent pas significativement des restrictions mentionnées par le Dr B._____ dans son rapport du 1^{er} février 2010 (pas de marche sans s'arrêter au-delà d'un kilomètre, pas de travail prolongé à genoux ou accroupi, pas de montée-descente d'escaliers, et pas de position statique debout au-delà de 30 minutes et assise au-delà de 1 heure et 30 minutes). On remarquera notamment que le périmètre de marche est demeuré sensiblement identique. Il est vrai que le Dr P._____ a émis une opinion plus restrictive que le Dr B._____ pour les activités en station debout (désormais exclues alors que précédemment possibles jusqu'à 30 minutes) et assise (dorénavant envisageables uniquement en alternant les positions, alors qu'auparavant

exigibles jusqu'à 1 heure et 30 minutes). Pour autant, il s'agit là d'une divergence qui s'avère relativement peu significative au vu de l'ensemble des circonstances de l'espèce, et qui ne saurait en tous les cas justifier à elle seule une diminution de la capacité de travail de 50% telle qu'évoquée par le Dr P._____. Cela étant, la Cour de céans ne peut que rejoindre les Drs H._____ et V._____ du SMR pour constater que, nonobstant les douleurs et l'inconfort liés aux troubles affectant le genou droit de l'assurée, cette dernière présente actuellement des limitations fonctionnelles essentiellement superposables à celles retenues antérieurement par le Dr B._____, de sorte que l'évaluation de la capacité résiduelle de travail retenue par ce médecin - bien que fondée sur les seules atteintes incapacitantes affectant le genou gauche de la recourante - demeure en définitive pertinente dans le cas particulier. Dans ces conditions, il faut admettre qu'en l'état du dossier, la recourante conserve une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles touchant ses deux genoux.

C'est le lieu de relever, au demeurant, que les Drs H._____ et V._____ ont considéré, dans leur avis du 21 décembre 2011, que l'aggravation des troubles du genou droit de l'assurée remontait objectivement au 26 mars 2010 - appréciation à laquelle la recourante s'est ralliée (cf. écriture du 7 mars 2012 p. 3 ch. 71). Or, dans cette hypothèse, le droit à la rente ne pourrait naître qu'un an plus tard (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI), soit au mois de mars 2011, autrement dit à un moment sortant du pouvoir d'appréciation de l'autorité de céans puisque postérieur à la décision attaquée du 6 janvier 2011, dont il incombe à la Cour de vérifier la légalité sur la base de l'état de fait à cette date (cf. ATF 129 V 4 consid. 2.1 et ATF 121 V 366 consid. 1). Il convient toutefois de relativiser cette date du 26 mars 2010. En effet, on notera que les Drs H._____ et V._____ ont indiqué, dans leur avis du 21 décembre 2011, que l'on pouvait «*considérer que la gonarthrose droite s'[était] aggravée entre l'examen rhumatologique au SMR [11.01.2010] et la consultation du Dr T._____ (26.3.2010)*». Dans le même sens, on soulignera que dans son rapport de consultation du 26 mars 2010, le Dr T._____ a signalé une décompensation du genou droit de l'assurée depuis trois mois, sans autre

précision. Cela étant, en l'état du dossier, on peut à la rigueur admettre que l'aggravation de l'état de santé de l'intéressée est survenue à une date lui permettant d'être englobée dans l'état de fait déterminant devant l'autorité de céans – ce que les parties ne contestent pas. C'est donc à juste titre que cette péjoration a été examinée dans le cadre de la présente procédure.

c) En définitive, au vu des pièces médicales au dossier, force est de conclure que la recourante n'est plus en mesure d'exercer son métier habituel dans le domaine de l'entretien, mais qu'elle conserve en revanche une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

5. Du point de vue économique, la recourante critique l'approche théorique adoptée par l'OAI, sans toutefois contester le calcul du degré d'invalidité effectué par l'office intimé.

a) 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. La comparaison des revenus 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 permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4; 128 V 29 consid. 1; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

aa) 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'oeuvre 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, ATF 110 V 273 consid. 4b). Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'œuvre (Pratique VSI 6/1998 p. 296 consid. 3b et les références citées). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_446/2008 du 18 septembre 2008, 9C_236/2008 du 4 août 2008 et I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3; Pratique VSI 6/1999 p. 247 consid. 1 et les références citées).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence).

bb) En l'occurrence, on peut raisonnablement attendre de la recourante qu'elle reprenne à temps complet une activité adaptée à son état de santé, possibilité dont elle dispose théoriquement sur un marché du travail équilibré (cf. consid. 5a/aa supra); elle y est d'ailleurs tenue en vertu de son obligation de diminuer le dommage (cf. ATF 123 V 88 consid.

4c). Il incombe dès lors à l'assurée de mettre à profit son entière capacité de travail dans un poste adéquat, à savoir une activité industrielle légère, ne nécessitant pas de qualifications particulières, et adaptée aux limitations fonctionnelles affectant ses genoux (cf. lettre de l'OAI du 6 janvier 2011 et réponse de cet office du 21 avril 2011). De surcroît, elle ne saurait se prévaloir de la jurisprudence développée par le Tribunal fédéral en rapport avec les assurés proche de l'âge de la retraite (cf. TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.2; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.2.2.2, et, implicitement, TF 9C_835/2009 du 27 mai 2010 consid. 4.2), dès lors qu'au vu de son âge au moment de la décision litigieuse (près de 52 ans), respectivement de l'ouverture éventuelle du droit à la rente (50 ans), il pouvait encore être exigé d'elle qu'elle trouve une profession adaptée à ses limitations fonctionnelles, conformément à son obligation de diminuer le dommage (ATF123 V 230 consid. 3c et les références citées). Quant aux difficultés linguistiques et au manque de formation invoqués par l'assurée (cf. mémoire de recours du 11 février 2011 p. 11), ces éléments ne sont pas susceptibles d'influencer le degré d'invalidité (cf. consid. 6a/aa supra); de telles lacunes constituent certes un obstacle à la reprise d'une activité lucrative, mais ne sauraient signifier que l'intéressée n'est pas en mesure d'occuper un poste en adéquation avec ses atteintes.

Vu le large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général – et le marché du travail équilibré en particulier – (cf. TFA 383/06 du 5 avril 2005 consid. 4.4), il appert qu'un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont raisonnablement exigibles de la recourante. Au demeurant, ces activités sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de la personne intéressée sur le marché équilibré du travail (TF 9C_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4; C_657/2010 du 19 novembre 2010 consid. 5.2.3). C'est donc à tort que l'intéressée allègue qu'il n'existe aucune activité adaptée à son état de santé sur le marché du travail (cf. mémoire de recours du 11 février 2011 p. 9).

b) Pour le surplus, la recourante ne conteste pas le calcul du degré d'invalidité tel qu'effectué par l'office intimé. Néanmoins, les chiffres retenus par l'OAI appellent certaines remarques.

aa) Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1; ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2).

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 notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb; TF 9C_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3; TF I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; VSI 1999 p. 182). Le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation); une

déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322, consid. 5.2; 126 V 75, consid. 5b/aa-cc).

bb) En l'espèce, l'année de comparaison des revenus est 2009, année de l'ouverture du droit à la rente (ATF 128 V 174, consid. 4a), soit un an après le début, le 25 août 2008, de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle (art. 28 al. 1 let. b LAI).

S'agissant du revenu sans invalidité, le raisonnement de l'OAI s'avère correct, à cela près que l'intimé s'est fondé sur un salaire horaire de 22 fr. 45, alors même que le salaire horaire de l'assurée auprès de son ancien employeur en 2009 aurait été - vacances, indemnités et treizième salaire compris - de 22 fr. 55 (cf. questionnaire pour l'employeur du 5 août 2009), ce qui conduit à un gain valide de 46'184 fr. 42 (22 fr. 55 x 43h/sem. x 4,33 x 11) et non de 45'980 fr.

En ce qui concerne le revenu d'invalidité, la décision attaquée se base à juste titre sur le salaire mensuel de 4'116 fr. ressortant de l'ESS 2008 pour les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2008, TA1, niveau de qualification 4). Ce salaire doit toutefois être adapté compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2008, à savoir 41,6 heures. Il y a dès lors lieu de se fonder sur un revenu d'invalidité de 4'280 fr. 64 par mois (4'116 fr. x 41,6 : 40 heures) correspondant à un montant 51'367 fr. 68 par année. S'agissant de l'indexation des salaires, la décision litigieuse tient compte d'un taux de 1.35%, alors même que le taux d'indexation des salaires de 2008 à 2009 se chiffre à 2,10% (La Vie économique 12-2011, tableau B 10.2, p. 99). Partant, le revenu corrigé après indexation de 2008 à 2009 doit être fixé à 52'446 fr. 40. Enfin, compte tenu d'un abattement de 10% qui ne semble pas critiquable au vu des circonstances de l'espèce, le

revenu d'invalidé s'élève en définitive à 47'201 fr. 76 et non à 46'855 fr. 03 tel que retenu par l'office intimé.

De la comparaison des revenus sans et avec invalidité qui précèdent (de respectivement 46'185 fr. 42 et 47'201 fr. 76), il ressort en définitive un taux d'invalidité nul, n'ouvrant pas le droit à des prestations de l'AI. Il convient ainsi de confirmer l'absence de préjudice économique ouvrant le droit à une rente d'invalidité.

6. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner l'expertise judiciaire requise par l'assurée et devant porter sur ses troubles du genou droit et sur ses possibilités de réadaptation professionnelle concrètes au vu des limitations fonctionnelles affectant ses deux genoux (cf. mémoire de recours du 11 février 2011). En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2, TF 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

7. a) Vu ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée.

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 francs (art. 69 al.1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, puisque le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours déposé le 11 février 2011 par N._____ est rejeté.
- II.** La décision rendue le 6 janvier 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, à hauteur de 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- 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 :

- Me Alain Dubuis (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :