

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 décembre 2013

Présidence de Mme BRÉLAZ BRAILLARD
Juges : Mme Thalmann et M. Küng, assesseur
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Pierre Bloch, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. Q. _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1982, de nationalité serbe, célibataire et mère de deux enfants, nés en 2003 et 2006, est arrivée en Suisse en 2002 et est au bénéfice d'un permis F depuis le 23 octobre 2002. Sans formation, elle n'a jamais travaillé en Suisse.

Le 12 mars 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) tendant à l'octroi d'une rente. Elle n'a fourni aucune indication quant au genre de l'atteinte.

Dans un rapport médical du 11 mai 2010 à l'OAI, le Dr C. _____, chef de clinique au département de l'appareil locomoteur (DAL) du hôpital W. _____, a posé les diagnostics d'instabilité rotulienne gauche sur dysplasie trochléenne sévère (type C selon Dejour), de status après stabilisation de la rotule, de status après reprise avec transposition de la TTA [tubérosité tibiale antérieure], release latérale et plastie du vaste interne en 2004, de status après ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) en 2005, de chondropathie rotulienne stade II, de lombalgies chroniques non déficitaires et de syndrome régional douloureux et complexe. Il a attesté une totale incapacité de travail dans une activité exigeant des déplacements, des montées et descente, ainsi que des ports de charge. Selon ce praticien, le pronostic était réservé, compte tenu d'un syndrome douloureux résistant au traitement d'antalgie, d'une persistance de lâchages et de probables sublaxations rotuliennes, une intervention chirurgicale pour une plastie du muscle du vaste externe n'étant pas exclue.

Dans un rapport médical du 26 mai 2010 à l'OAI, le Dr P. _____, médecin généraliste et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de gonalgies chroniques gauches sur dysplasie fémoro-patellaire sévère à droite (status post-opération au Kosovo puis reprise

chirurgicale en 2004) et de lombalgies chroniques, probablement secondaires aux troubles de la marche sur ces gonalgies. Il a attesté une totale incapacité de travail depuis 2004 évoquant l'impossibilité pour sa patiente de se tenir debout sur le genou droit plus que quelques minutes même au repos. Selon lui, les médecins du hôpital W._____ envisageaient la possibilité de modification du seuil de la douleur par le Service d'Antalgie, avant une reprise chirurgicale prévue dans quelques mois. Le Dr P._____ a annexé à son rapport divers documents médicaux, dont un rapport du 26 mars 2010 du Dr L._____, médecin associé à l'unité d'Antalgie du hôpital W._____, un rapport du 26 novembre 2009 relatif à un arthro scanner et à une arthrographie du genou gauche, un certificat médical du 17 novembre 2009 du Dr V._____, médecin agréé au DAL, un courrier du 11 septembre 2009 au Dr P._____ établi par les Drs T._____ et Z._____, respectivement chef de clinique et médecin assistant au DAL.

Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas de l'assuré à l'examen de son Service médical régional (SMR). Par avis médical du 27 juillet 2010, le Dr F._____ a proposé de demander un rapport au Dr H._____, spécialiste en rhumatologie, lequel avait examiné le 2 juin 2010 l'assurée à la demande du Dr P._____.

Dans un rapport médical du 11 août 2010 à l'OAI, le Dr H._____ a posé les diagnostics de lombo-pseudo-sciatalgies gauches chroniques sur probables troubles dégénératifs, de status après de multiples interventions sur le genou gauche après lésion traumatique de la rotule et de syndrome fémoro-patellaire bilatéral prédominant à gauche. Ce praticien ne s'est pas déterminé quant à la capacité de travail de l'assurée, indiquant que l'examen de la patiente s'était limité à un avis rhumatologique sans arrière pensée asséculoologique. Il a enfin transmis un courrier du 14 juin 2010 adressé au Dr P._____ relatif à un examen rhumatologique de l'assurée.

Sur le formulaire 531 bis qu'elle a complété le 17 août 2010, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle exercerait une activité lucrative à 100% depuis les années 2000.

Dans un second rapport médical du 12 octobre 2010 à l'OAI, le Dr H. _____ a finalement retenu les diagnostics de lombo-pseudo-sciatalgies gauches chroniques et de gonalgies chroniques gauches sur status après fracture traumatique de la rotule multiopérée. Il a en outre précisé que l'examen clinique était sans particularité, sans conflit disco-radicaire, sans limitation de mobilité avec des signes d'atteinte fémoro-patellaire bilatérale prédominant à gauche entravant probablement certaines activités à la marche et à la descente. Il a ajouté que l'assurée s'exprimait mal en français et ne dominait pas la langue écrite raison pour laquelle les activités disponibles étaient réduites. Il ne s'est pas prononcé quant à la capacité de travail de l'assurée. Il a transmis un courrier du 10 septembre 2010 adressé au Dr P. _____, lequel avait notamment la teneur suivante:

"(...)

J'ai revu, comme tu le souhaitais, cette patiente pour un nouvel avis en date du 07 septembre 2010.

L'anamnèse est toujours aussi difficile. Il semble néanmoins que les infiltrations programmées par le Dr L. _____ n'aient entraîné aucune amélioration de la symptomatologie, ce qui n'est d'ailleurs guère étonnant compte tenu de la durée de ses symptômes qui évoluent maintenant depuis 7-8 ans.

J'étais par ailleurs persuadé que l'IRM programmée n'avait pas pu être effectuée. En fait, elle a été repoussée de quelques jours plus tard. Visiblement le résultat ne m'est jamais parvenu. En utilisant les outils informatiques, je retrouve le rapport où elle est décrite comme normale. J'ai revu les images et confirme l'absence d'une quelconque pathologie pouvant expliquer la pseudo-sciatalgie de la patiente. Il faut donc conclure que la majorité des plaintes douloureuses des MI sont en relation avec la pathologie des genoux non seulement du côté traumatisé mais semble-t-il également du côté controlatéral. Pour cette affection, la patiente a un rendez-vous programmé au début octobre avec un orthopédiste pour une réévaluation.

(...).

Quant au rapport AI, je l'ai effectivement rempli au mois de juillet, insistant sur le manque de documents à disposition et l'impossibilité de juger l'incapacité de travail résiduelle chez cette patiente qui par ailleurs n'a jamais exercé une quelconque activité rémunérée.

En conclusion, je te propose d'attendre le rapport de l'orthopédiste et éventuellement de revoir la patiente par la suite. La prise en

charge thérapeutique et le problème asséurologique me paraissent bien compromis au vu de ce qui précède".

Dans un rapport médical du 29 octobre 2010 à l'OAI, le Dr L. _____ a posé le diagnostic de syndrome douloureux complexe du membre inférieur gauche existant depuis 2000. Il a fait état d'une douleur au genou avec une composante neurogène claire et une composante sympathique claire. Il a exposé que la patiente avait bénéficié d'un bloc sympathique avec une claire amélioration temporaire. La possibilité d'un stimulateur médullaire comme traitement était évidente.

Par courrier du 3 novembre 2010 à l'OAI, le Dr V. _____, médecin associé au service d'orthopédie et de traumatologie du hôpital W. _____, a exposé que la patiente présentait des douleurs à droite, sans instabilité, ainsi qu'à la colonne lombaire par retentissement d'une boiterie depuis plusieurs années avec une IRM normale. Le traitement consistait à droite en une infiltration de l'articulation avec une dose de cortisone intra-articulaire et à gauche une reprise chirurgicale avec plastie du vaste interne par les ischo-jambiers et du déplacement du vaste interne selon Insawl sur la rotule.

Une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 31 janvier 2011 au domicile de l'assurée. Selon le rapport d'enquête du 21 février 2011, l'enquêtrice a proposé de retenir le statut de 100% active, tout en évaluant les empêchements ménagers à 49.2%. L'enquêtrice a encore relevé que l'assurée vivait avec le père de ses enfants, mais qu'ils n'étaient pas mariés, que le conjoint de l'assurée était sans travail donc sans revenu, qu'elle ne percevait pas de pension alimentaire et qu'à son arrivée en Suisse, ses problèmes de genoux étaient déjà existants.

Le 26 avril 2011, l'assurée a subi une intervention chirurgicale pratiquée par le Dr C. _____, sous forme de plastie du ligament patello-fémoral médial (MPFL) au muscle gracilis et d'une reconstruction de l'aileron rotulien externe du genou gauche.

Dans un rapport du 9 août 2011 à l'OAI, le Dr C._____ a indiqué que l'évolution était en principe favorable avec persistance des douleurs antérieures nécessitant la prise de Tramal une à deux fois par jour, mais sans instabilité, la marche étant sans problème, alors que la montée et la descente d'escaliers augmentaient les douleurs antérieures. Il a estimé que dans une activité adaptée (soit excluant le port de charges au-dessus de 3 kg, la montée et la descente des escaliers et la position debout au-delà de 30 à 60 minutes, ainsi que le travail sur terrain accidenté), la capacité de travail de l'assurée était de 50%, compte tenu de douleurs antérieures en relation avec une chondropathie fémoro-patellaire de stade III à IV au niveau de la facette externe, de douleurs chroniques et de lombalgies intermittentes. Le Dr C._____ a annexé à son rapport un courrier du 9 août 2011 au Dr P._____.

Dans un courrier du 12 octobre 2011 adressé au Dr P._____, le Dr H._____ a exposé ce qui suit au chapitre des conclusions, traitement et évolution:

"La patiente présente des douleurs ostéoarticulaires chroniques depuis de nombreuses années, d'une part des lombopseudosciatalgies gauches, d'autre part des gonalgies gauches en relation avec un traumatisme qui a nécessité de multiples interventions. Malgré la dernière intervention en avril 2011 à hôpital W._____, la symptomatologie au niveau du genou ne s'améliore guère.

De plus, la patiente décrit une exacerbation de sa symptomatologie lombaire irradiant dans le membre inférieur gauche, sans topographie radiculaire nette. L'IRM faite en 2010 n'avait pas montré de conflit disco-radiculaire et les radiographies du jour sont également sans particularité. Dans ces conditions, je ne propose aucune nouvelle investigation, notamment d'imagerie. Il n'y a donc pas d'indication à une intervention chirurgicale sur le rachis. La suite de la prise en charge est donc globale et pluridisciplinaire. Comme tu signalais dans ton petit mot d'introduction, afin d'éviter une co-médication parallèle, je n'ai pas prévu de revoir la patiente, mais te la confie pour la suite de la prise en charge.

Concernant son incapacité de travail, elle me semble essentiellement liée aux gonalgies et pas à sa lombalgie qui est finalement commune. A signaler néanmoins que la patiente n'a jamais eu d'occupation professionnelle au Kosovo et que, depuis qu'elle est en Suisse, elle n'a jamais pu travailler en raison des multiples interventions sur le genou. Dans ces conditions, seule une expertise multidisciplinaire permettra à mon sens de clairement définir la capacité de travail résiduelle de la patiente et un droit éventuel à l'invalidité".

Par avis médical du 24 octobre 2011, le Dr F. _____ du SMR a retenu que l'assurée avait bénéficié d'une stabilisation de la rotule droite [recte: gauche] le 26 avril 2011 avec un bon résultat mécanique, mais avec une persistance des gonalgies, la marche à plat étant indolore et la mobilité du genou normale. Le Dr C. _____ a estimé que l'exigibilité était de 50% dans une activité assise. Le Dr H. _____ a, quant à lui, préconisé la mise en œuvre d'une expertise et a mentionné des lombopseudosciatalgies banales sans réelle incidence sur la capacité de travail, les limitations fonctionnelles étant essentiellement liées aux gonalgies. Au vu de ces éléments, le Dr F. _____ a proposé un examen rhumatologique au SMR.

Dans un rapport du 19 décembre 2011 faisant suite à un examen clinique rhumatologique du 15 novembre 2011, le Dr S. _____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée de syndrome rotulien bilatéral dans le cadre de discrets troubles dégénératifs des genoux avec chondropathie rotulienne gauche et status après 4 opérations de stabilisation rotulienne gauche pour instabilité rotulienne gauche dans le contexte d'une dysplasie trochléenne bilatérale et d'une instabilité rotulienne chronique bilatérale (M17). Il a toutefois estimé que les diagnostics de syndrome douloureux diffus sans substrat organique, de rachialgies diffuses avec surtout lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques du rachis et de status variqueux des membres inférieurs n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail de l'intéressée. Le Dr S. _____ a finalement retenu que l'assurée présentait une totale incapacité de travail en qualité de nettoyeuse depuis 1999, en précisant ce qui suit:

"(...).

Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est complète, mis à part des périodes d'incapacité transitoires, en rapport avec les opérations des genoux. Effectivement, il n'y a aucune raison biomécanique à attester une incapacité de travail dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire,

contrairement à ce que fait le Dr C. _____, qui atteste une incapacité de travail à 50% dans une activité adaptée. Cette différence [recte: différence] d'appréciation s'explique probablement par la présence de douleurs chroniques dans le cadre d'un syndrome diffus, sans substrat organique. Actuellement, ce syndrome douloureux diffus, sans substrat organique, ne semble pas incapacitant, au vu d'une bonne intégration sociale et de l'absence de pathologie psychiatrique patente. Cependant, nous laissons le soin au médecin responsable du dossier d'évaluer la nécessité d'un examen psychiatrique complémentaire. Par ailleurs, la capacité de travail dans une activité de ménagère est de 80%. Cette évaluation s'éloigne également de l'évaluation faite par l'enquête ménagère, qui retient une invalidité de 49.2% dans la conduite du ménage. Cette différence d'appréciation s'explique aussi probablement par le syndrome douloureux diffus, sans substrat organique présenté par l'assurée".

Au niveau des limitations fonctionnelles, le Dr S. _____ a exclu des genufléxions répétées, un franchissement régulier d'escaliers, un franchissement d'escabeaux ou échelles, de la marche en terrain irrégulier, la position debout ou de marche de plus de 30 minutes, ainsi que le port de charges excédant 3 kg et le travail en hauteur.

Dans un rapport SMR du 3 janvier 2012, le Dr F. _____ s'est rallié aux conclusions du Dr S. _____.

Par décision du 27 avril 2012, confirmant un projet de décision du 17 février 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestations AI de l'assurée, en retenant les motifs suivants:

"Résultat de nos constatations:

Selon les informations en notre possession, vous présentez vos problèmes de santé dès 1999. Par conséquent, vous ne remplissez pas les conditions générales d'assurances pour les mesures professionnelles.

En effet, en tant que ressortissante serbe, vous devriez compter une année de cotisations immédiatement avant la survenance de l'invalidité pour avoir droit à des mesures de réadaptation (art. 8 de la convention de sécurité sociale conclue avec la Yougoslavie). Etant entrée en Suisse en octobre 2002, vous ne pouviez pas compter une année de cotisations à la survenance.

Selon l'examen clinique rhumatologique effectué par le Service médical régional, votre capacité de travail est entière dans une activité adaptée.

Votre dossier a donc été vu par un de nos spécialistes en réinsertion professionnelle afin d'examiner les activités que vous pouvez exercer avec votre atteinte à la santé.

Il en ressort que vous pouvez travailler à 100%, par exemple, comme magasinière, auxiliaire-logistique, caissière de station service, opératrice en pose d'appliques et ouvrière dans la production alimentaire.

Votre préjudice économique est donc estimé à 15% selon le calcul ci-dessous:

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2010 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a), CHF 4225.- par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010 (41,6 heures; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'394.- (CHF 4'225 x 41,6: 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 52'728.-.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. 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. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 44'818.80.

Sans atteinte à la santé, vous pourriez réaliser en 2010 un revenu annuel de CHF 52'728.-.

Comparaison des revenus:

sans invalidité CHF 52'728.00

avec invalidité CHF 44'818.80

La perte de gain s'élève à CHF 7'909.20 = un degré d'invalidité de 15%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Notre décision est par conséquent la suivante:

La demande est rejetée".

B. Par acte du 31 mai 2012, Q._____, désormais représentée par Me Jean-Pierre Bloch, interjette recours contre la décision du 27 avril

2012 et conclut à son annulation, le dossier étant renvoyé à l'OAI pour une nouvelle décision au sens des considérants. Dans un mémoire ampliatif du 20 juillet 2012, elle conclut à sa réforme en ce qu'une demi-rente d'invalidité doit lui être octroyée. Elle fait état de douleurs persistantes à un genou et au dos, lesquelles sont constitutives d'une pathologie l'empêchant d'avoir une activité professionnelle, même adaptée, supérieure à un taux de 50% tel qu'attesté par le Dr P._____ par certificat médical du 2 juillet 2012. Elle requiert enfin la mise en œuvre d'une expertise.

Par décision du 6 septembre 2012 (AJ 82/12), la juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 4 juillet 2012 et désigné Me Jean-Pierre Bloch en qualité de défenseur d'office. La recourante a en outre été exonérée de toute franchise mensuelle.

Dans sa réponse du 10 octobre 2012, l'intimé propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il estime que le rapport d'examen clinique du 19 décembre 2011 remplit toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un rapport médical. L'intimé retient enfin que le dossier de la recourante est complet sur le plan médical et qu'un nouvel examen n'est pas nécessaire.

Dans ses déterminations du 20 novembre 2012, la recourante requiert à nouveau la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire au vu du rapport du 12 octobre 2011 du Dr H._____ [recte: rapport du 19 décembre 2011 du Dr S._____, p. 7].

Par courrier du 8 novembre 2013, Me Bloch a transmis à la Cour la liste des opérations effectuées dans ce dossier.

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'AI (art. 1 LAI). 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 devant le tribunal compétent.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et immédiatement applicable (art. 117 al. 1 LPA-VD), 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; 117 LPA-VD).

2. Le litige concerne le droit éventuel de la recourante à une rente d'invalidité et porte sur le caractère invalidant des troubles de la santé dont elle est atteinte. Le litige a trait à l'évaluation de sa capacité de travail, notamment la question de savoir si le diagnostic de syndrome douloureux diffus nécessite une instruction complémentaire comportant une nouvelle expertise médicale.

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à

accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). 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).

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 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Cela étant, selon la 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 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

Dans une jurisprudence récente, 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 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). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité

de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c in fine; 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées; TF, 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1).

Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible; la jurisprudence a étendu cette présomption au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 p. 71; TF, 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté; dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs; la question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères, au premier plan desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71; TF, 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée; il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie); enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les

douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71; TF, 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2).

Sous réserve d'une gravité particulière, le diagnostic de trouble dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [éd.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4^e éd., p. 191), sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1; TFA I 513/05 du 7 septembre 2006).

3. En l'occurrence, l'intimé a considéré de manière implicite que si la recourante avait été en bonne santé, elle aurait travaillé à 100% en qualité de nettoyeuse dans un hôpital, élément qui n'a pas été contesté par la recourante. Il n'y a pas lieu de revenir sur ce point, lequel ressort du formulaire 531bis complété par ses soins le 17 août 2010 et des constatations de l'enquêtrice contenues dans son rapport du 21 février 2011.

a) En l'espèce, sur le plan somatique, l'ensemble des médecins consultés retiennent que la recourante présente une instabilité rotulienne avec la persistance de douleurs. Il résulte notamment du rapport du SMR du 19 décembre 2011 faisant suite à un examen clinique rhumatologique du 15 novembre 2011 que la recourante présente un syndrome rotulien bilatéral dans le cadre de discrets troubles dégénératifs

des genoux avec chondropathie rotulienne gauche et status après quatre opérations de stabilisation rotulienne gauche pour instabilité rotulienne gauche dans le contexte d'une dysplasie trochléenne bilatérale et d'une instabilité rotulienne chronique bilatérale. Compte tenu du syndrome rotulien bilatéral, le Dr S._____ - comme le Dr F._____ (rapport SMR du 3 janvier 2012) - a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : éviter les genufléxions répétées, le franchissement régulier d'escaliers, le franchissement d'escabeaux ou échelles, la marche en terrain irrégulier, la position debout ou la marche de plus de 30 minutes, ainsi que le port de charges excédant 3 kg et le travail en hauteur. Ces limitations sont également admises par le Dr C._____ qui évoque dans ce contexte une stabilisation somme toute satisfaisante de la rotule sans récurrence de luxation (rapports médicaux des 9 août et 16 novembre 2011).

b) Au niveau des troubles du rachis, le Dr H._____ a retenu des lombo-pseudosciatalgies banales, tout en précisant qu'elles n'avaient pas de réelle incidence sur la capacité de travail et que les limitations fonctionnelles étaient essentiellement liées aux gonalgies. Le Dr V._____ a, quant à lui, conclu que la patiente présentait des douleurs à la colonne lombaire par retentissement d'une boiterie depuis plusieurs années avec une IRM normale (rapport du 3 novembre 2010). Quant au Dr L._____, il a certes fait état d'un syndrome régional douloureux et complexe avec une composante neurogène, mais uniquement en lien avec les gonalgies chroniques et ne s'est dès lors pas prononcé sur l'origine des douleurs lombaires (courrier du 26 mars 2010 au Dr V._____), la patiente lui ayant été adressée afin d'essayer d'abaisser un peu le seuil douloureux du genou (courrier du 19 janvier 2010 du Dr V._____ au Dr L._____).

Après avoir procédé à un examen rhumatologique de la recourante, le Dr S._____ a constaté que l'intéressée présentait des troubles statiques du rachis avec une mobilité lombaire diminuée. Il a conclu que les plaintes douloureuses ne trouvaient pas d'explication organique, élément corroboré par l'IRM lombaire de 2010 et les radiographies dorso-lombaires et des sacroiliaques qui se sont avérées normales. S'il est vrai que sur la base de l'examen rhumatologique

pratiqué, le Dr S._____ a finalement conclu que les plaintes douloureuses étendues dont faisait état la recourante pouvaient être interprétées comme un syndrome douloureux diffus de type fibromyalgie, il sied néanmoins de rappeler qu'un tel diagnostic ne peut se voir reconnaître qu'exceptionnellement un caractère invalidant, aux conditions posées par la jurisprudence (cf. consid. 2c supra), ce qui ne saurait être le cas en l'espèce. Il sied ainsi de constater qu'aucun des médecins consultés n'a évoqué une quelconque pathologie psychiatrique, ni même un trouble de l'humeur et que la recourante pour sa part ne s'est jamais plainte de tels troubles, ni n'a consulté de psychiatre. Par ailleurs, le Dr S._____ a fait état d'une expertisée "euthymique et a exclu une perte d'intégration dans toutes les manifestations de la vie. Ce praticien a enfin noté des signes de non organicité selon Waddel et Kummel, précisant avoir observé une importante discordance entre la distance doigts-sol (DDS) et la distance doigts-orteils sur le lit d'examen.

c) Au niveau de l'examen de la capacité résiduelle de travail, le Dr S._____ a conclu que si ce syndrome rotulien bilatéral entraînait quelques limitations fonctionnelles, il ne justifiait pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée. L'expert a ainsi clairement exposé les motifs pour lesquels il ne pouvait confirmer une incapacité de travail à 50% attestée par le Dr C._____ dans une activité adaptée laquelle reposait sur les diagnostics de douleurs chroniques et de lombalgies intermittentes, qui pouvaient être assimilées selon le Dr S._____ à un syndrome douloureux diffus lequel n'était pas incapacitant. Quant au Dr P._____, il n'a pas mis en évidence d'élément nouveau, se limitant à attester, par certificat médical du 2 juillet 2012, une incapacité de travail à 50% dans une activité adaptée sans être en mesure de fournir une explication circonstanciée quant aux motifs pour lesquels sa patiente n'était pas en mesure d'exercer une activité adaptée à 100%.

d) Au vu de ces éléments, il sied de considérer que le rapport du 19 décembre 2011 du Dr S._____ remplit toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante de rapports médicaux (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352). Ledit rapport s'avère dès

lors suffisant pour statuer en pleine connaissance de cause, si bien que l'intimé pouvait se dispenser de compléter l'instruction par la mise en oeuvre d'une expertise médicale complémentaire (appréciation anticipée des preuves; ATF 130 II 425 consid. 2.1 p. 428/429). En effet, l'autorité peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne peuvent plus modifier cette appréciation (ATF 130 II 425 consid. 2.1).

En définitive, la décision du 27 avril 2012 échappe à la critique en tant qu'elle retient que la recourante conserve une pleine capacité dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles telles que retenues par le SMR (rapport du 3 janvier 2012).

4. La recourante ne conteste pas les aspects de la décision litigieuse qui ne sont pas directement liés à la constatation de sa capacité de travail résiduelle. Il n'y a donc pas lieu d'y revenir, sauf à préciser que vérifié d'office, le calcul du taux d'invalidité de 15 % de la recourante ne porte pas flanc à la critique, au regard de la capacité de travail constatée.

5. a) Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al.1^{bis} LAI et 49 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36], applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al.1 let. a et b CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des

frais judiciaires, celle-ci est en effet tenue au remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art.18 al. 5 LPA-VD).

c) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et sont mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que la recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

d) Par décision du 6 septembre 2012 (Aj 82/12), la recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Pierre Bloch à compter du 21 septembre 2011 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Celui-ci a produit la liste de ses opérations faisant état de débours par 50 fr. et d'un temps consacré à la défense de la recourante de 6 heures. Me Bloch a ainsi droit à une indemnité d'honoraire de 1'080 fr. (soit 6 heures à 180 fr.) montant auquel il convient d'ajouter la TVA par 86 fr. 40 et à des débours par 50 francs. L'indemnité globale doit ainsi être fixée 1'216 fr. 40, débours et TVA compris.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 CPC). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 27 avril 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, par 400 francs (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Jean-Pierre Bloch, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'216 fr. 40 (mille deux cent seize francs et quarante centimes) (débours et TVA compris).
- VI.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Pierre Bloch, avocat à Lausanne (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :