

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 décembre 2013

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mmes Pasche et Dessaux
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourante, représentée par CAP, Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, 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. K._____ (ci-après : l'assurée), ressortissante espagnole née en 1955, arrivée en Suisse en 1973 et titulaire d'une autorisation d'établissement, est mariée et mère de deux enfants majeurs. Sans formation professionnelle, elle a essentiellement travaillé en tant qu'employée de maison auprès de différents employeurs.

Le 26 février 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), invoquant l'usure complète du cartilage de son genou gauche. Dans ce contexte, elle a précisé en particulier qu'elle travaillait depuis 2001 comme employée de maison à 100% pour le compte de S._____, à [...]. Elle a ultérieurement indiqué qu'en bonne santé, elle aurait travaillé en tant qu'employée de maison à 100% depuis 2004, par nécessité financière (cf. formulaire 531bis du 19 mars 2012).

Procédant à l'instruction de la demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) s'est vu transmettre divers documents, dont les dossiers médicaux constitués par les assureurs perte de gain P._____ et X._____. De l'ensemble de ces pièces, il ressortait notamment qu'une incapacité de travail complète était attestée depuis le 5 septembre 2011. En particulier, aux termes d'un rapport du 7 septembre 2011, le Dr D._____, chirurgien orthopédiste, mentionnait l'existence d'un syndrome rotulien légèrement plus marqué à gauche qu'à droite depuis plusieurs mois et constatait une décompensation de l'appareil extenseur du genou gauche, associée à une découverte probablement fortuite de déchirure de la corne postérieure du ménisque interne. Il ajoutait, le 17 novembre 2011, qu'une imagerie par résonance magnétique (IRM) du 4 novembre 2011 avait confirmé une chondromalacie de stade IV du compartiment fémoro-tibial interne avec une extrusion de la corne antérieure et moyenne du ménisque interne. L'intéressée ayant par la suite été adressée au Dr R._____, chirurgien orthopédique auprès des Etablissements hospitaliers [...] (ci-après :

Etablissements hospitaliers I. _____), celui-ci a planifié l'implantation d'une prothèse totale du genou (PTG) gauche pour le 20 mars 2012 (cf. rapport du Dr R. _____ du 20 décembre 2011). Aux termes d'un rapport du 26 janvier 2012, le Dr G. _____, médecin interniste traitant, indiquait qu'aucune reprise du travail n'était prévue jusqu'à l'opération, que le pronostic consécutif à la prise en charge chirurgicale était favorable et que l'activité professionnelle exercée jusqu'alors serait probablement exigible à 100% après l'intervention.

On extrait ce qui suit d'une fiche d'examen du dossier n° 1 établie le 16 mars 2012, à la suite d'un entretien téléphonique entre un collaborateur de l'OAI et l'assurée :

"[...] **L'opération de son genou gauche**, pose d'une prothèse, est fixée au **20.03.2012**. Mme pleure au tél. Elle a peur d'avoir des séquelles, de ne pas pouvoir reprendre son activité. D'autant plus que son genou droit commence à être très douloureux. [...] Mme finit pratiquement toutes ses phrases en pleurant. Son mari est soigné pour une dépression, et elle commence à tout voir en noir, et elle ne supporte plus de ne rien faire. [...]"

Dans un rapport du 18 avril 2012 à l'attention de l'OAI, le Dr G. _____ a retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de gonarthrose invalidante bilatérale. Il a plus précisément signalé des gonalgies bilatérales chroniques prédominant à gauche avec décompensation en juillet 2011 puis pose d'une prothèse totale du genou gauche le 20 mars 2012, et a relevé que des gonalgies droites persistaient. Concernant le pronostic, il a indiqué qu'il y aurait lieu de *«ré[é]valuer après réadaptation post PTG G si possibilité de pose prothèse PTG D ?»*. Le Dr G. _____ a fait état d'une entière incapacité de travail dans l'activité de femme de chambre depuis le 5 septembre 2011. Il a ajouté que la marche, le port de charges et le fait de s'agenouiller engendraient des gonalgies «++», et que l'activité exercée jusqu'alors était entièrement inexigible actuellement, respectivement ne pouvait être pratiquée. A la question de savoir s'il l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail, le Dr G. _____ a répondu *«? REEVALUER A DISTANCE»*. Quant aux travaux encore envisageables dans le cadre d'une

activité adaptée, il a exposé qu'il y avait lieu d'éviter les activités uniquement en position debout, dans différentes positions, principalement en marchant, accroupi, à genoux, ou en rotation en position assise/en position debout, ainsi que les activités nécessitant de soulever ou de porter des charges, de monter sur une échelle ou un échafaudage ou de monter des escaliers. Différents documents relatifs à l'intervention du 20 mars 2012 étaient joints à ce compte-rendu.

D'un questionnaire pour l'employeur complété le 7 mai 2012 par S. _____ au nom de l'entreprise C. _____, il résultait que le dernier jour effectif de travail de l'assurée remontait au 20 octobre 2011 et que les rapports de service avaient été résiliés d'un commun accord pour le 30 juin 2012 au motif qu'il était impossible pour l'intéressée de poursuivre son activité pour des raisons de santé. A ce questionnaire étaient joints différents certificats médicaux dont le plus récent, établi le 23 avril 2012 par le Dr R. _____, attestait une incapacité de travail à 100% jusqu'au 4 juin 2012.

A teneur d'un rapport du 21 mai 2012 adressé à l'OAI, le Dr R. _____ a posé le diagnostic se repercutant sur la capacité de travail de gonarthrose gauche depuis l'automne 2011. Il a émis un bon pronostic suite à l'implantation de la prothèse totale du genou gauche le 20 mars 2012. Il a ajouté que l'assurée était actuellement en rééducation, avec anti-douleur et reprise fonctionnelle. S'agissant des périodes d'incapacité de travail médicalement attestées, le Dr R. _____ a signalé une incapacité de travail à 100% du 15 décembre 2011 au 8 janvier 2012 - tout en renvoyant au Dr G. _____, médecin traitant, pour les périodes antérieure et postérieure - ainsi qu'une incapacité de travail à 100% dès le 19 mars 2012, date de l'entrée à l'hôpital. Il a expliqué que l'intéressée présentait des douleurs l'empêchant d'effectuer des travaux domestiques, mais que l'activité d'employée de maison devrait toutefois être exigible à 100% une fois qu'elle se serait remise de son opération. Il a précisé que l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail, environ trois mois après la date de l'opération. Concernant les travaux exigibles de

l'assurée dans une activité adaptée, le Dr R._____ a indiqué que l'on pouvait envisager une activité uniquement en position assise trois mois après l'opération et une activité uniquement en position debout à temps complet trois à quatre mois après l'intervention. Il a ajouté qu'une activité exercée principalement en marchant était exigible mais pas en terrain irrégulier et qu'il fallait éviter les activités nécessitant de travailler accroupi, à genoux ou en rotation en position assise/en position debout, ainsi que de soulever/porter des charges au-delà de 10 kg ou de monter des escaliers. A ce rapport étaient notamment joints les documents médicaux suivants :

- le protocole opératoire établi par le Dr R._____ en relation avec l'intervention pratiquée le 20 mars 2012, mentionnant une gonarthrose invalidante à gauche en guise d'indication opératoire;

- une lettre de sortie du 19 avril 2012 des Etablissements hospitaliers I._____, dont il ressortait que l'assurée était connue pour des gonalgies depuis de nombreuses années et que, dans le cadre de l'opération du 20 mars 2012, elle avait séjourné du 19 au 30 mars 2012 au site de T._____ en soins aigus, et du 30 mars au 10 avril 2012 au site H._____ en réadaptation.

Par rapport du 18 juin 2012 se référant au compte-rendu du Dr R._____ du 23 [recte : 21] mai 2012, la Dresse O._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a retenu l'atteinte principale à la santé de gonarthrose interne du genou gauche traitée par arthroplastie le 23 [recte : 20] mars 2012. Elle a considéré que l'incapacité de travail était totale pour la période du 5 septembre 2011 jusqu'à fin juillet 2012, mais que l'assurée pourrait réintégrer le circuit économique dès le début du mois d'août 2012 avec une pleine capacité de travail dans son activité habituelle comme dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (soit : pas de déplacements en terrain irrégulier, pas de travail en position accroupie ou agenouillée et port de charges limité à 10 kg).

En date du 9 août 2012, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus de prestations AI, motivé comme suit :

"En raison de votre atteinte à la santé et selon les renseignements médicaux en notre possession, il s'avère que vous avez présenté une incapacité de travail et de gain totale du 5 septembre 2011 au 31 juillet 2012.

Il ressort, en effet, de l'instruction médicale de votre dossier qu'à partir du 1^{er} août 2012, vous êtes à même de reprendre votre activité habituelle à pleine temps.

Dès lors et au vu de ce qui précède, vous ne présentez aucun préjudice économique vous ouvrant le droit à des prestations de notre Assurance.

De plus, votre incapacité de travail et de gain n'a pas duré une année au minimum selon l'article 28, alinéa 1, lettre b, LAI.

Notre décision est par conséquent la suivante :

La demande est rejetée."

L'assurée n'a pas formulé d'objections à l'encontre de ce projet.

Par décision du 18 septembre 2012, l'OAI a confirmé son projet de décision précité.

B. Agissant par l'entremise de son mandataire, K._____ a recouru le 17 octobre 2012 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction, notamment par le biais d'une expertise pluridisciplinaire, et nouvelle décision. En substance, la recourante reproche à l'intimé d'avoir fait preuve d'arbitraire, d'une part, en omettant de tenir compte du fait que son genou gauche est toujours douloureux et qu'elle souffre également de son genou droit - une opération étant prévue prochainement - et, d'autre part, en renonçant à investiguer les troubles de l'humeur dont témoigne la fiche d'examen du dossier n° 1 du 16 mars 2012 faisant mention de pleurs et d'idées noires. Elle ajoute que l'office a fondé sa position sur le rapport SMR du 18 juin 2012, lui-même basé sur le compte-rendu du Dr R._____

du 21 mai 2012, lequel ne répond toutefois pas aux réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître valeur probante. Dans ces conditions, la recourante estime que l'intimé doit être amené à compléter le dossier par le biais d'une expertise pluridisciplinaire.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI en a proposé le rejet par réponse du 3 décembre 2012.

Se déterminant le 19 décembre 2012, la recourante a maintenu ses conclusions.

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 (cf. 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 (cf. art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

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

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. 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 et 110 V 48 consid. 4a; cf. RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 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 (cf. 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.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à

40% au moins (let. c). A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art 43 al.1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4; cf. 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les

raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a; cf. TF 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1).

4. En l'espèce, l'OAI a retenu que la recourante était à même de reprendre son activité habituelle de femme de ménage à plein temps depuis le 1^{er} août 2012. De son côté, l'assurée a contesté cette position, considérant en particulier que l'intimé aurait dû procéder à de plus amples investigations sur les plans somatique et psychique avant de statuer.

a) Sous l'angle somatique, il est constant que la recourante a subi l'implantation d'une prothèse totale du genou gauche le 20 mars 2012 - opération réalisée par le Dr R. _____ - en raison d'une gonarthrose affectant ce même genou. Sur la base des indications fournies le 21 mai 2012 par le chirurgien susdit, la Dresse O. _____ du SMR (et, corollairement, l'OAI) a retenu, aux termes d'un rapport du 18 juin 2012, que l'atteinte au genou gauche occasionnait une entière incapacité de travail pour la période du 5 septembre 2011 jusqu'à fin juillet 2012, mais que la capacité de travail de l'assurée serait entière dès le début du mois d'août 2012 et ce tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

Il apparaît toutefois qu'en tant qu'il se fonde exclusivement sur le rapport du Dr R. _____ du 21 mai 2012, l'avis de la Dresse O. _____ du 18 juin 2012 ne tient pas compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier et ne peut, dès lors, être suivi.

aa) D'une part, il est vrai qu'aux termes de son rapport du 21 mai 2012 rédigé deux mois après l'opération du 20 mars 2012, le Dr R._____ a indiqué que le pronostic post-opératoire était bon et que l'assurée pourrait reprendre son activité habituelle à plein temps dès qu'elle se serait remise de l'intervention, respectivement environ trois mois après la date opératoire (voire quatre mois après cette date, s'agissant d'une activité uniquement en position debout et à temps complet). Quand bien même l'évolution ainsi décrite peut sembler au premier abord favorable, il ne résulte pas moins du compte-rendu du Dr R._____ que la recourante n'était pas encore remise de son opération en mai 2012; plus particulièrement, ce praticien a précisé que la phase de rééducation était toujours en cours, avec la prescription d'anti-douleurs et la mise en œuvre d'une reprise fonctionnelle. En d'autres termes, l'état du genou gauche de l'intéressée n'était pas stabilisé lorsque le Dr R._____ s'est prononcé, si bien que les observations de celui-ci quant à l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle devaient, à ce stade, être assimilées à de simples présomptions plutôt qu'à des conclusions définitives. Dans ces conditions, l'administration ne pouvait se contenter du seul rapport du 21 mai 2012 pour évaluer la nature incapacitante des troubles du genou gauche de la recourante. Il incombait au contraire à l'intimé de requérir des renseignements médicaux actualisés au terme de la période de réadaptation post-opératoire évoquée par le Dr R._____, cela notamment afin d'examiner si l'évolution positive escomptée par ce dernier médecin avait effectivement eu lieu et de permettre une évaluation basée sur des éléments médicaux concrets et objectifs. Aucune mesure d'instruction n'ayant toutefois été entreprise dans ce sens, il s'ensuit que sous cet angle, l'OAI - par la Dresse O._____ du SMR - a pris position sur la base d'informations médicales insuffisantes.

bb) D'autre part et surtout, il apparaît que le Dr R._____ n'a nullement intégré à son appréciation le fait que l'assurée présentait également une problématique douloureuse au niveau du genou droit - et pour cause, puisqu'en sa qualité de médecin opérateur lors de l'intervention du 20 mars 2012, le Dr R._____ n'avait à porter son

attention que sur l'état du genou gauche de l'intéressée. Cela dit, il n'en demeure pas moins que déjà dans son compte-rendu du 7 septembre 2011, le Dr D._____ avait signalé un syndrome rotulien bilatéral, légèrement plus marqué à gauche qu'à droite, existant depuis plusieurs mois. De surcroît, lors de l'entretien téléphonique ayant donné lieu à la fiche d'examen du dossier n° 1 du 16 mars 2012, l'assurée a annoncé que son genou droit commençait à être très douloureux. Bien plus, après avoir initialement indiqué dans un rapport du 26 janvier 2012 à l'attention de X._____ que l'activité habituelle serait probablement exigible à 100% consécutivement à l'opération du 20 mars 2012, le Dr G._____ a nuancé sa position dans son compte-rendu du 18 avril 2012 destiné à l'OAI. A cette occasion, il a fait état d'une gonarthrose invalidante bilatérale et a plus particulièrement exposé que les gonalgies gauches avait été traitées chirurgicalement le 20 mars 2012 mais que les gonalgies droites persistaient et qu'il convenait de réévaluer «*après réadaptation post PTG G si possibilité de pose prothèse PTG D*». Sur le vu de ces différents paramètres, le Dr G._____ a estimé que l'activité exercée jusqu'alors était inexigible actuellement, respectivement ne pouvait être pratiquée, et qu'une éventuelle reprise d'activité professionnelle ou une amélioration de la capacité de travail devraient être réévaluées à distance. On relèvera enfin que la lettre de sortie établie le 19 avril 2012 par les Etablissements hospitaliers I._____ faisait mention de gonalgies connues de longue date, sans préciser le genou touché.

Force est de constater que les éléments qui précèdent incitent à s'interroger sur l'existence d'une atteinte au genou droit susceptible de revêtir un caractère invalidant, sans pour autant permettre de se prononcer catégoriquement sur le sujet; notamment, le rapport du Dr G._____ du 18 avril 2012 s'avère trop succinct quant à l'étiologie et à l'impact des troubles du genou droit pour pouvoir être décisif à lui seul. Cela étant, il reste que les éléments précités ont tous été portés à la connaissance de l'OAI dans le cadre de la procédure administrative, mais qu'en se basant uniquement sur l'avis du 21 mai 2012 du Dr R._____ qui ne faisait nulle mention du genou droit de la recourante, l'intimé et plus particulièrement son SMR en la personne de la Dresse O._____ ont

négligé - à tort - des informations potentiellement déterminantes pour l'examen du droit de l'assurée à des prestations de l'AI. De ce fait, aucune mesure d'investigation n'a été mise en œuvre afin de déterminer objectivement la nature et l'influence concrète des troubles affectant le genou droit de l'assurée (cette dernière ayant au demeurant précisé en procédure de recours qu'un traitement chirurgical était envisagé à brève échéance [cf. mémoire de recours du 17 octobre 2012 p. 2 s.]). On notera en particulier que ni le Dr D. _____ ni le Dr G. _____ n'ont été invités à fournir de plus amples précisions sur cette problématique. Dans ces circonstances, l'instruction menée par l'OAI doit être considérée comme insatisfaisante.

cc) Il découle de ce qui précède que l'OAI ne pouvait conclure à une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle de l'assurée dès le début du mois d'août 2012 en se fondant sur l'avis du SMR du 18 juin 2012 basé sur le seul rapport du Dr R. _____ du 21 mai 2012, mais que des mesures d'instruction supplémentaires s'imposaient en vue de pouvoir évaluer en toute connaissance de cause l'état de santé physique de la recourante dans sa globalité, singulièrement l'impact concret des atteintes affectant ses genoux.

b) En revanche, on ne saurait suivre la recourante lorsqu'elle reproche à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de son état de santé psychique. Peu importe qu'il ait été inscrit, sur une fiche d'examen du dossier n° 1 établie le 16 mars 2012, que l'assurée avait pleuré au téléphone, craignait d'éventuelles séquelles de son opération, commençait à voir tout en noir et ne supportait plus de ne rien faire. De telles indications - émanant d'un collaborateur de l'OAI rapportant une conversation téléphonique avec l'assurée - ne peuvent en effet être assimilées à une opinion médicale objective reposant sur une appréciation scientifique. Quant aux avis médicaux au dossier, ils ne comportent aucune indication selon laquelle la recourante présenterait des troubles psychiques, et encore moins des troubles psychiques incapacitants. Enfin, l'assurée n'a pas allégué - ni a fortiori démontré - qu'elle était suivie par un spécialiste en psychiatrie ou bénéficiait d'un traitement psychiatrique

spécifique. Dans ces conditions, le présent tribunal ne peut que conclure à l'absence d'éléments médicaux concrets plaidant en faveur d'une pathologie psychique incapacitante. C'est dès lors à juste titre que l'OAI n'a procédé à aucune mesure d'investigation sur ce plan.

c) A la lumière des éléments qui précèdent, la Cour de céans considère qu'en l'état actuel du dossier, il subsiste des incertitudes quant à la nature des atteintes physiques dont souffre la recourante et à leurs conséquences sur sa capacité de travail, quand bien même aucun reproche ne peut être fait à l'OAI sur le plan psychique. L'instruction menée par l'intimé est donc manifestement insuffisante sous l'angle somatique et ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit. En préférant statuer en l'état, sans chercher à élucider les points précités, l'OAI a non seulement constaté les faits de façon sommaire, mais a encore failli à son devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPG).

5. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à

l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, l'OAI a procédé à une instruction lacunaire sur le plan somatique, non seulement en omettant d'actualiser les renseignements médicaux à l'issue de la rééducation post-opératoire concernant le genou gauche de l'assurée, mais surtout en ignorant la pathologie affectant le genou droit de l'intéressée. Vu les lacunes d'instruction constatées à cet égard, il s'ensuit que ni l'état de santé de la recourante dans sa globalité, ni les conséquences de cet état de santé sur sa capacité résiduelle de travail n'ont pu être établis de manière probante. Compte tenu de ces circonstances particulières, le renvoi de la cause à l'OAI - auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA (cf. consid. 4b supra) - apparaît comme étant la solution la plus opportune. Il se justifie donc de lui renvoyer l'affaire pour qu'il procède aux mesures d'investigation adéquates aux fins d'élucider les points qui précèdent, que ce soit en interpellant les médecins traitants de la recourante ou, le cas échéant, en mettant en œuvre une expertise médicale (cf. art. 44 LPGA). Il appartiendra ensuite à l'office, sur la base des données ainsi récoltées, de rendre une nouvelle décision.

6. a) Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

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 judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. à la charge de l'OAI débouté.

La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire autorisé, a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA; cf. art. 55 LPA-VD), qu'il convient d'arrêter à 1'000 fr. à la charge de l'OAI.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 18 septembre 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

- III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante K. _____ une indemnité de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- CAP, Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (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 :