

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 mai 2015

Composition : Mme PASCHE, présidente
Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Berthoud, assesseurs
Greffière : Mme Preti

Cause pendante entre :

S. _____, à [...], recourante, représentée par Me Diego Bischof, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 7, 8, 16 et 49 LPGA ; 4 et 28 LAI ; 29 al. 2 Cst.

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], ressortissante tunisienne en Suisse depuis 1990, divorcée, mère d'un enfant aujourd'hui majeur, sans formation professionnelle, a présenté le 9 septembre 2002 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de prestations de cette assurance tendant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession. Elle indiquait souffrir d'une infection, ainsi que d'une arthrose au genou droit et au dos.

Le 10 octobre 2002, l'assurée a indiqué sur formule ad hoc qu'en bonne santé, elle souhaiterait pouvoir travailler à 100% dans une activité de boulangère-pâtissière.

Selon le questionnaire pour l'employeur complété le 15 octobre 2002 par L._____SA, l'assurée avait travaillé au service de cette société en tant qu'employée de production (aide-boulangère) du 12 novembre 1996 au 30 septembre 2002 au taux de 100%, soit 8,12 heures par jour, 5 jours par semaine. Le salaire mensuel de l'assurée était de 4'060 fr. dès le 1^{er} janvier 2002 et il était précisé que le contrat de travail avait été résilié par l'employeur. L'assurée était au bénéfice d'indemnités journalières versées à 100% depuis le 4 février 2002 par l'assurance-maladie collective perte de gain de l'employeur.

Dans un rapport du 21 octobre 2002 destiné à l'OAI, le Dr T._____, spécialiste en chirurgie et ancien médecin traitant, a posé les diagnostics affectant la capacité de travail d'arthrose débutante aux deux genoux ainsi que des douleurs articulaires généralisées. Il suspectait une fibromyalgie qu'il n'a toutefois pas confirmée. Il a indiqué ne pas avoir revu l'assurée depuis le 24 avril 2001 et estimait que l'activité antérieure était toujours exigible sans diminution de rendement. Etaient joint un rapport du 31 mai 2001 de la Dresse H._____, spécialiste en médecine interne, dans lequel cette praticienne a écarté l'existence d'une fibromyalgie ; elle

a en revanche noté une douleur constante sur le segment dorsal moyen, concluant à des douleurs d'origine mécanique.

Le 5 novembre 2002, le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a adressé à l'OAI un rapport dans lequel il a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de gonarthrose droite post-infectieuse à prédominance fémoro-patellaire. Il était d'avis que l'activité d'aide-boulangère n'était plus exigible. L'évolution de l'état de santé de l'assurée étant selon lui très lentement favorable après une plastie rotulienne effectuée le 6 mars 2002, il préconisait une reconversion vers une activité légère manuelle, avec alternance des positions assise et debout. Il indiquait toutefois que l'évolution était compliquée par des douleurs globales du rachis et une perte de son emploi. Le Dr F._____ précisait dans un complément du 5 décembre 2002 à son rapport que le taux que l'on pourrait attendre dans une activité principalement en position debout mais sans port de charges excédant 5 kilos était de 50% au maximum en raison de la nature grave et irréversible de l'atteinte.

Le 8 avril 2003, l'assurance perte de gain a fait parvenir à l'OAI une copie de l'expertise réalisée à sa demande par le Dr V._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, le 28 mars 2003. Dans son rapport du 2 avril 2003, l'expert a retenu les diagnostics suivants :

- Gonarthrose droite tricompartmentale très avancée
 - o Status après probable arthrite septique du genou droit en 1966
- Lombalgies et dorsalgies communes mécaniques
 - o Discopathies débutantes L4-L5 et L5-S1 avec légère spondylarthrose L4-L5 et L5-S1
- Status après hystérectomie
- Allergie à l'acide méfénamique

Sous la rubrique « *appréciation du cas et pronostic* », il a relevé ce qui suit :

« Nous sommes confronté à une assurée d'origine tunisienne qui présente une atteinte à la santé qui a conduit à un arrêt de travail définitif complet à partir du 4 février 2002. Cette assurée oeuvrait comme ouvrière au sein de l'entreprise L. _____ SA dans le domaine de la confection de produit de pâtisserie. Dans cette activité, elle devait faire la manutention de lourdes charges souvent en porte-à-faux du rachis lombaire, effectuer des travaux en position statique debout et parfois assise. Compte tenu de gonalgies droites progressivement invalidantes et de lombalgies mécaniques également d'intensité croissante elle a dû être mise en arrêt de travail complet à partir de février 2002. Actuellement, compte tenu des constatations cliniques et radiologiques, je retiens un diagnostic de gonarthrose droite tricompartmentale sévère qui est probablement consécutive à un état après arthrite septique droite en 1966. Actuellement, l'examen clinique montre une importante limitation fonctionnelle du genou droit en flexion et en extension avec la présence d'un épanchement intra-articulaire, une déformation en valgus et enfin, une importante amyotrophie des muscles de la cuisse et du mollet droit qui attestent l'évolution chronique qui a entraîné cette atteinte de la trophicité musculaire. Le bilan radiologique et l'IRM ont confirmé la présence d'une gonarthrose tricompartmentale sévère qui n'a pas répondu à un traitement palliatif sous forme d'une résection d'un aileron rotulien et qui nécessiterait probablement dans un avenir relativement proche la pose d'une PTG (prothèse totale) droite. En outre, cette assurée présente des lombalgies mécaniques actuellement sans radiculalgies, associées à des dorsalgies intermittentes qui sont d'étiologie aspécifique sur la base du bilan radiologique qui a été fait durant l'expertise. Ce bilan radiologique a montré de légers troubles dégénératifs au niveau L4-L5 et L5-S1. L'examen clinique a aussi mis en évidence un syndrome lombo-vertébral L4-L5 et L4-S1 qui est actuellement pris en charge par le Dr X. _____ à la Clinique [...] à Lausanne. Dans ces conditions au vu des constatations objectives tant de l'examen clinique que du bilan radiologique j'estime que l'on peut cautionner l'incapacité complète de l'assurée. Elle a donc une capacité de travail actuellement nulle comme ouvrière en boulangerie.

6.- REPONSES A VOS QUESTIONS

• *Avez-vous des remarques à formuler concernant les investigations, le traitement et le pronostic de l'affection actuelle?*

Actuellement, concernant les investigations et le traitement, je n'ai rien à signaler, elle est suivie par un rhumatologue FMH qui se charge de traiter adéquatement la problématique des lombalgies ainsi que de ses gonalgies droites qui actuellement ne répondent que de façon médiocre à la physiothérapie ainsi qu'à des infiltrations de corticostéroïdes. Il va sans dire que seule la pose d'une PTG à droite pourrait soulager l'assurée, mais cette intervention a semblé-t-il être différée compte tenu du jeune âge de l'assurée et de la courte durée de vie du matériel prothétique. Le pronostic fonctionnel est dès lors réservé compte tenu de la longue évolution des symptômes et de l'atteinte arthrosique avancée de son genou droit. En effet, le pronostic fonctionnel et professionnel dépend essentiellement de son atteinte au genou droit.

• **Capacité de travail dans un emploi adapté à son état de santé, avec éventuelles limitations fonctionnelles?**

Dans le monde du travail, il me semble difficile d'envisager une reprise d'une activité professionnelle quelconque actuellement, principalement compte tenu de cette atteinte au niveau du genou droit qui a entraîné une importante amyotrophie du membre inférieur, avec une limitation de la mobilité et au vu d'une assurée qui ne tolère pas la position debout ou assise prolongée ni la marche surtout en descente dans les escaliers. En outre, l'assurée souffre d'une atteinte rachidienne actuellement active, bien que non spécifique qui nécessite un traitement intensif de physiothérapie et d'acupuncture associé à un traitement régulateur de seuil de la douleur de tricycliques. Dans ces conditions, l'assurée ne serait en mesure de travailler uniquement en décubitus dorsal, dès lors il serait difficile de lui trouver une activité qui pourrait être faite dans cette position.

• **Une comorbidité psychiatrique associée faible, moyenne ou grave est-elle sous jacente?**

Actuellement sur la base de l'interrogatoire et de l'examen clinique (bien qu'elle ait versé quelques larmes lorsqu'elle a évoqué son licenciement) je n'ai pas d'éléments qui me feraient suspecter l'existence d'une comorbidité psychiatrique.

• **Pronostic à plus ou moins brève échéance?**

Comme mentionné précédemment le pronostic semble réservé compte tenu de la sévérité de sa gonarthrose droite.

• **Remarque personnelle?** Aucune ».

D'une note d'entretien avec l'assurée ou à son sujet du 25 mars 2004, il ressort que l'assurance perte de gain a mis fin au service des indemnités journalières le 10 novembre 2003, l'assurée recevant depuis lors un soutien financier de la part des services sociaux.

Dans un rapport du 14 avril 2004 adressé à l'OAI, le Dr X._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, a posé les diagnostics suivants ayant des répercussions sur la capacité de travail :

- Gonarthrose droite tricompartmentale avancée
- Dorso-lombalgies chroniques sur :
 - o Troubles statiques et posturaux
 - o Protrusion para-médiane gauche L3-L4
 - o Arthropathies postérieures L4-S1
- Troubles anxio-gènes sévères

Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu un status après hystérectomie et une allergie à l'acide méfénamique. Il a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'aggravait au niveau de la problématique du genou droit, avec répercussions fonctionnelles au niveau de l'axe vertébral. Selon lui, l'activité précédente n'était plus exigible car les positions statiques et dynamiques étaient fortement compromises si bien que l'on ne pouvait prétendre imposer une activité en tant qu'ouvrière. Aucune autre activité n'était exigible car l'assurée présentait un handicap intriqué en rapport avec la gonarthrose droite et la souffrance de l'axe vertébral. Il ajoutait qu'une réinsertion professionnelle dans une activité intellectuelle ne rentrait pas en ligne de compte dans le cas présent. Sous la rubrique « *thérapie/pronostic* », le Dr X. _____ s'est exprimé en ces termes :

« Actuellement, nous sommes confrontés à un syndrome douloureux intriqué. La souffrance du genou conduit à des répercussions, qui se font actuellement sentir du côté controlatéral de par la sursollicitation de ce membre lors de la déambulation d'une part et d'autre part sur l'axe vertébral. La boiterie inhérente à cette pathologie conduit systématiquement à des blocages vertébraux, qui s'expliquent en grande partie par le déconditionnement physique et la propension à l'hypoextensibilité musculaire. Comme la situation au niveau de l'axe vertébral s'est avérée précaire, l'accent thérapeutique a été porté sur une thérapie manuelle tout d'abord, puis vu les échecs on a tenté des blocs sélectifs vertébraux. Ces tests n'ont permis d'incriminer clairement les éléments facettaires postérieurs comme partie responsable de l'ensemble des douleurs actuelles. De sorte qu'aucune thermocoagulation n'a été considérée. En ce qui concerne la souffrance du genou droit, pour le moment aucune sanction chirurgicale ne sera considérée, seule une arthroplastie en différé rentrera en ligne de compte, lorsque la situation sera décrite comme non tolérable ».

Dans un rapport d'examen du 21 juillet 2004, le Dr J. _____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité d'aide-boulangère, mais qu'elle était en revanche de 50% dans un travail sédentaire ou semi-sédentaire dans lequel elle pourrait alterner la position assise avec la position debout, évitant de longues marches surtout à la montée ou la descente des pentes ou des escaliers et excluant le port de charges excédant 5 kilos. Le Dr J. _____ a ajouté que la capacité de

travail dans une activité adaptée pourrait être modifiée à la hausse en fonction de la symptomatologie vertébrale.

Dans un avis médical du 7 décembre 2004, le Dr J. _____ a exposé ce qui suit :

« J'ai revu le dossier de cette assurée et lu attentivement le rapport médical du 25.03.2004 [recte : 14 avril 2004, réd.] du Dr X. _____. Ce rapport n'apporte aucun élément nouveau. Toute la problématique somatique de cette assurée avait déjà été prise en compte lors de la rédaction du rapport d'examen SMR du 21.07.2004. Dans le rapport du Dr X. _____, il y a une contradiction sous la rubrique « diagnostic », il parle d'arthropathie postérieure L4-S1 et à la 4^{ème} page il dit que les éléments facettaires postérieurs ne sont pas responsables des douleurs actuelles. Lorsque l'on analyse le problème somatique de cette assurée, on peut affirmer que sa capacité de travail comme aide-boulangère est nulle, par contre dans une activité adaptée, légère et semi-sédentaire dans lequel elle puisse alterner la position assise avec la position debout, sans port de charge, cette assurée doit pouvoir travailler à un taux d'au moins 50%. On ne parle pas d'une réinsertion professionnelle dans une activité intellectuelle, mais dans une activité légère tenant compte des limitations somatiques. L'affirmation du Dr X. _____ comme quoi cette assurée ne peut exercer aucune activité n'est pas, à mon avis, crédible ».

Le 23 juin 2005, la division administrative de l'OAI a établi un rapport final où l'on peut lire ce qui suit :

« Nous avons rencontré Madame S. _____ à trois reprises à notre Office.

Lors du 1^{er} entretien, en date du 21.10.2004, la capacité de travail résiduelle de l'intéressée n'était pas clairement définie et nous n'avions pas pu aller de l'avant dans les démarches de réadaptation professionnelle.

En date du 07.12.2004, le SMR s'est prononcé sur la capacité de travail de Madame S. _____ en lui reconnaissant une capacité de travail nulle en tant qu'aide boulangère mais une exigibilité de 50% dans une « activité adaptée, légère et semi-sédentaire dans laquelle elle puisse alterner la position assise avec la position debout, sans port de charge ».

Au terme du second entretien qui a eu lieu le 24.02.2005, l'intéressée se déclarait d'accord avec les conclusions du SMR et souhaitait s'engager (avec notre soutien) dans des démarches de reclassement en vue de mettre en valeur la capacité de travail de 50% déterminée par le SMR. Son souhait était de tenter de décrocher une place de formation pour pouvoir exercer l'activité d'aide fleuriste, activité qui lui semblait adaptée à sa problématique et qui avait l'avantage de lui plaire vu les contacts avec la clientèle et le côté « artistique » de la profession.

Nous l'avons rencontrée une nouvelle fois le 8 avril dernier pour faire le point sur la situation et organiser la suite des démarches en vue d'un reclassement professionnel. Lors de ce dernier entretien, Madame S. _____ s'est montrée beaucoup plus réservée quant à sa capacité de travail résiduelle. Elle nous a déclaré s'être rendue compte qu'elle ne serait pas en mesure d'exercer une activité professionnelle quelle qu'elle soit à raison de 4 ou 5 heures par jour de manière régulière. Certains jours, elle n'arrive même pas à gérer la tenue de son appartement tant ses douleurs sont importantes. Il est clair pour elle que ces jours-là elle ne pourrait en aucun cas donner satisfaction à un employeur si elle devait occuper un poste de travail à 50%. Par conséquent, elle ne souhaite plus bénéficier de nos services et renonce à tenter de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le marché de l'emploi.

Notre assurée s'estimant incapable d'exercer une activité professionnelle à 50%, nous l'avons informée que son dossier serait traité de manière administrative sur la base de l'exigibilité médicale. Il convient de procéder au bouclage du dossier par une approche théorique de la capacité de gain de notre assurée. [...] ».

Par décision du 23 décembre 2005, l'OAI a octroyé une demi-rente ordinaire d'invalidité de 463 fr. à l'assurée, ainsi qu'une demi-rente pour enfant de 185 fr., basée sur un taux d'invalidité de 59% dès le 1^{er} janvier 2006. L'OAI a retenu que sans atteinte à la santé, l'assurée aurait pu prétendre à un revenu annuel de 52'780 fr. dans son ancienne activité, alors qu'en se fondant sur les statistiques salariales, il a retenu un revenu d'invalidité de 47'788 fr. 20. Compte tenu de la capacité de travail exigible de 50% et après avoir retenu un abattement de 10% au vu des limitations fonctionnelles présentées, l'OAI a retenu un revenu annuel d'invalidité de 21'504 fr. 69. L'OAI a en outre indiqué qu'il notifierait ultérieurement une nouvelle décision pour la période de novembre 2002 à décembre 2005.

L'intéressée a fait opposition à dite décision le 13 janvier 2006.

Par décision du 28 juillet 2006, l'OAI a accordé une demi-rente ordinaire d'invalidité à l'intéressée pour la période de novembre 2002 à décembre 2005 de 455 fr. (en 2003-2004) et de 463 fr. (en 2005-2006), ainsi qu'une demi-rente pour enfant de 182 fr. et 185 fr. pour les mêmes périodes.

B. **a)** Par acte du 18 août 2006, S. _____ a recouru contre cette décision, estimant que le montant de la rente allouée était insuffisant « *compte tenu de [son] handicap ainsi que des difficultés qui en*

découlent ». Elle a conclu en substance à l'augmentation de la rente. Ce recours a été enregistré sous le numéro de la cause AI 141/06.

Dans son mémoire complémentaire du 23 février 2007, la recourante, représentée par son conseil, a indiqué qu'une première décision avait été rendue le 23 décembre 2005 retenant un degré d'invalidité de 59% et exposant le mode de calcul du revenu moyen déterminant pour le calcul de la rente. Elle a conclu à la réforme de la deuxième décision du 28 juillet 2006 en ce sens qu'elle avait droit à une rente entière, que le revenu annuel moyen déterminant n'était pas inférieur à 51'409 fr. 40 et que la rente n'était pas inférieure à 952 fr. par mois pour elle-même.

b) D'un avis juriste daté du 8 janvier 2008, il ressort que l'OAI s'employait à statuer sur l'opposition à la décision du 23 décembre 2005 sans tenir compte de la procédure ouverte devant le Tribunal des assurances dès lors que cette autorité avait considéré qu'il y avait deux décisions autonomes.

Dans un avis SMR du 21 janvier 2008, le Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué qu'en l'absence d'élément récent sur le status, il convenait de demander un examen rhumatologique au SMR.

Un examen clinique rhumatologique a été réalisé le 13 février 2008 par le Dr Z._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie. Dans son rapport du 14 février 2008, il a posé les diagnostics suivants ayant des répercussions sur la capacité de travail :

- Gonarthrose droite post-infectieuse tricompartmentale (M 17.5)
- Arthrose fémoro-rotulienne gauche (M 17.9)
- Rachialgies chroniques dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs étagés (M 54.9)

Le Dr Z. _____ s'est exprimé en ces termes sous l'intitulé « *appréciation du cas* » :

« Cette assurée, d'origine tunisienne, sans formation scolaire ni professionnelle particulière, mariée et divorcée à deux reprises, mère d'une fille, vivant en Suisse depuis 1995, présente depuis la fin des années 90 des douleurs ostéoarticulaires ayant intéressé tout d'abord la ceinture scapulaire et le rachis, au point que le médecin traitant d'alors, le Dr T. _____, avait suspecté une fibromyalgie. Cette hypothèse diagnostique avait toutefois été récusée par la Dresse H. _____, spécialiste FMH en rhumatologie, ainsi qu'elle le confirme dans son courrier du 31.05.2001.

Au fil du temps, persistance et même augmentation des douleurs de la région cervico-scapulaire surtout D et des douleurs dorso-lombaires et apparition dès le début des années 2000 de douleurs croissantes dans le genou D, au niveau duquel sera mise en évidence une sévère arthrose tricompartmentale, probablement séquellaire à un problème septique dans l'enfance. C'est en raison des douleurs dans le genou D que le travail sera arrêté en février 2002. Une plastie rotulienne réalisée en mars 2002 améliorera la situation.

En mars 2003, l'assurée sera expertisée par le Dr V. _____, rhumatologue FMH à Lausanne pour le compte de la [...], intervenant comme assurance perte de gain de l'assurée. Le Dr V. _____ conclura à une gonarthrose D tricompartmentale très avancée, à des lombalgies et dorsalgies communes mécaniques et il conclura à l'incapacité de travail complète de l'assurée dans son activité d'aide-boulangère dans l'entreprise L. _____ SA, ce que personne d'ailleurs n'a contesté depuis lors. Le Dr V. _____ estimait aussi, compte tenu des atteintes rachidiennes qui se greffent sur l'atteinte au niveau du genou D, qu'il était difficile d'envisager que l'assurée reprenne une activité professionnelle quelconque. Comme cela a été mentionné dans le paragraphe liminaire, le Dr X. _____, actuel médecin traitant, estime l'assurée totalement et définitivement incapable de travailler dans quelque activité que ce soit, depuis février 2002.

Cliniquement, on trouve une assurée collaborante, certes émue lorsqu'elle évoque son licenciement d'un poste de travail qui la valorisait beaucoup et la précarité actuelle de sa situation financière, mais chez laquelle rien ne permet de conclure aux « troubles anxigènes sévères » qu'atteste le Dr X. _____ dans son rapport du 14.04.2004.

L'examen général est sp. L'examen neurologique l'est également.

Au plan rachidien, l'examen met en évidence de discrets troubles de la statique vertébrale et une discrète limitation de mobilité du rachis, surtout au niveau cervical. La palpation du rachis révèle des tendomyoses para-dorsales et para-lombaires modestes, annoncées comme douloureuses dans la région lombaire basse mais il n'y a, à l'examen de ce jour du moins, rigoureusement aucune altération du

plissé-roulé de la peau segmentaire qui évoquerait des dysfonctions inter-vertébrales.

L'examen ostéoarticulaire des MS est sp.

Aux MI, on est frappé par l'absence totale de boiterie que présente cette assurée et par le fait qu'elle est capable de s'accroupir rapidement, de manière complète avec des douleurs qu'elle signale comme modérées dans le genou D uniquement. Il existe en revanche une nette amyotrophie de tout le MID et une diminution de mobilité du genou D en flexion, surtout en décubitus ventral. Le genou G présente actuellement un épanchement modéré et des signes clairs de conflit fémoro-rotulien.

Les RX à disposition confirment une gonarthrose D tricompartimentale sévère. A G, les IRM successives confirment l'aggravation au fil du temps d'une atteinte prédominant au niveau fémoro-patellaire, d'allure dégénérative. Les RX standard du rachis cervical mettent en évidence des discopathies étagées qui se sont aggravées au fil du temps. En revanche, les RX au niveau dorsal et lombaire sont peu éloquentes ; on relèvera notamment le fait que l'IRM lombaire (27.06.2003) ne relève aucune altération du signal des différents disques visualisés ni aucune lésion neuro-compressive significative. En revanche, il apparaît une nette hétérogénéité de la musculature érectrice du tronc dans la région lombaire basse, attestant la fragilité biomécanique du carrefour lombo-pelvien.

Au terme du présent examen, il apparaît clairement que cette assurée présente d'importantes atteintes à la santé centrées sur l'appareil locomoteur, touchant en premier lieu les genoux, surtout à D mais également le rachis. Comme cela a déjà été mentionné ci-dessus, malgré le caractère relativement diffus des plaintes, il n'y a pas d'argument conduisant à conclure à une fibromyalgie. Les atteintes recensées, qui n'ont été contestées par personne, entraînent des limitations fonctionnelles rigoureuses. Celles-ci seront énumérées ci-dessous ; elles rejoignent exactement celles qu'avait retenues le Dr J. _____ dans son rapport d'examen SMR Léman du 21.07.2004.

La question est de savoir si une activité respectueuse des limitations fonctionnelles retenues est possible et exigible de cette assurée. Dans son expertise du 02.04.2003, le Dr V. _____ affirme qu'aucune reprise d'activité n'est possible pour cette assurée, ce qu'affirme également le Dr X. _____ dans son rapport déjà maintes fois cité du 14.02.2004. Dans son rapport du 05.11.2002, le Dr F. _____, qui avait opéré l'assurée de son genou D le 06.03.2002, estimait que la situation s'améliorait lentement et, précisément, qu'une autre activité est exigible de l'assurée.

Si l'on considère de manière objective et impartiale les atteintes à la santé de l'assurée, on peut affirmer que l'atteinte au niveau du genou D est sévère alors que l'atteinte au niveau du genou G est modérée. L'atteinte objective au niveau du rachis est modérée au niveau cervical, avec des lésions dégénératives banales pour l'âge et des plus modestes au niveau lombaire, où, malgré les affirmations du Dr V. _____, il n'y a pas de discopathie puisque l'IRM lombaire ne met en évidence aucune altération du signal des disques inter-

vertébraux lombaires. En revanche, comme cela a été relevé plus haut, l'amyotrophie de la musculature érectrice du tronc lombaire basse permet de conclure à un certain degré de fragilité du rachis lombaire de cette assurée.

En conséquence de ce qui précède, il est possible d'affirmer que le genou D est l'articulation qui mérite le plus de considération mais il est également possible d'affirmer que toute activité qui épargne complètement les genoux et qui épargne également le rachis - dont l'atteinte objective est modeste - est possible et exigible, surtout à un taux limité à 50%.

Les limitations fonctionnelles sont les suivantes : pas de soulèvement ni de port de charges d'un poids > à 5 kg en raison de la fragilité du rachis et, surtout, en raison de l'atteinte des genoux qui ne permet pas d'appliquer une bonne ergonomie lombaire ; nécessité de pouvoir alterner régulièrement, c'est-à-dire au moins 2 x par heure la position assise et la position debout, pas de travail imposant des genuflexions ni de déplacement en terrain accidenté ou imposant le franchissement d'escaliers ou d'escabeaux, pas de travail sollicitant les MS en force au-delà d'environ 100° de flexion et/ou d'abduction des épaules (de manière à soulager la ceinture scapulaire).

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? Février 2002, d'après le rapport du Dr F. _____ du 05.11.2002 et le rapport du Dr X. _____ du 14.04.2004.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Depuis lors, l'assurée n'a plus effectué d'activité professionnelle. En revanche, si l'on tient compte de l'entier de la situation médicale ainsi qu'elle a été décrite avec le plus de précision possible ci-dessus, et si l'on tient compte du fait qu'en novembre 2002, le Dr F. _____ estimait que l'évolution était favorable, même s'il précise qu'elle est lentement favorable, on peut admettre qu'il était logique de suivre les conclusions de ce praticien qui estimait qu'une reconversion « vers une activité légère manuelle, avec alternance de position assise et debout, était possible et exigible ». On peut donc admettre, sur la base d'une analyse objective de l'entier de la situation, qu'au début de l'année 2003, soit 9 mois après la plastie rotulienne D, l'assurée était en mesure de reprendre une activité professionnelle extrêmement légère définie par les limitations fonctionnelles mentionnées ci-dessus à un taux de 50%.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est limitée de manière durable par les importantes atteintes à la santé que présente cette assurée, qui ont été présentées ci-dessus. Il est évident qu'à moyen terme, la situation va se dégrader, notamment au niveau du genou D. Cette articulation-là est toutefois actuellement encore correctement fonctionnelle : une activité professionnelle très légère, respectueuse des limitations fonctionnelles énumérées ci-dessus est donc objectivement envisageable à 50%.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITE HABITUELLE : 0% DEPUIS : NOVEMBRE 2002

DANS UNE ACTIVITE ADAPTEE : 50% DEPUIS : DEBUT 2003 »

Dans un avis du 27 février 2008, le Dr N._____ du SMR a écrit ce qui suit :

« Cette assurée, d'origine tunisienne, 50 ans, sans formation, a eu dans l'enfance une infection au genou droit, qui a nécessité une opération (drainage ?) et a évolué par la suite en arthrose, sans toutefois la gêner beaucoup jusqu'en 2000 environ. Elle travaillait comme aide-boulangère chez L._____SA jusqu'à novembre 2002, où elle a été mise en arrêt de travail en raison de douleurs rachidiennes et du genou droit. Elle a été licenciée peu après et n'a jamais repris d'autre activité. Une demi-rente AI lui a été accordée le 31.08.2006, en retenant une CT exigible de 50% dans une activité légère adaptée ; cette décision est contestée par l'assurée et le recours est admis par le TCA. Dans la mesure où il n'y avait au dossier aucun élément médical actualisé, un examen rhumatologique SMR a été demandé et effectué le 13.02.2008 ; il confirme totalement les conclusions du rapport d'examen SMR du 21.06.2004, en retenant une CT de 50% dans une activité adaptée depuis début 2003, avec comme limitations fonctionnelles pas de port de charges de plus de 5 kg, alternance des positions assise et debout au moins deux fois par heure, pas de genuflexions, pas de déplacement en terrain accidenté, pas de travail sollicitant en force les membres supérieurs en hauteur ».

c) Le 21 avril 2008, l'OAI a rendu une décision sur opposition dans laquelle il a indiqué que les arguments développés dans l'opposition ne pouvaient être suivis, si bien que la décision attaquée du 23 décembre 2005 devait être entièrement confirmée.

Le 6 mai 2008, le conseil de l'assurée a relevé que sa demande d'une expertise neutre formulée dans son mémoire complémentaire du 23 février 2007 n'avait pas été prise en compte, de sorte qu'il a renouvelé sa requête.

Le 13 mai 2008, l'OAI a rejeté cette requête, considérant que la décision sur opposition reposait sur une instruction complète du cas.

d) Le 22 mai 2008, S._____ a recouru contre la décision sur opposition du 21 avril 2008. Ce recours a été enregistré sous le numéro de la cause AI 259/08. La recourante a notamment produit un rapport du 11 janvier 2007 adressé à son conseil par le Dr X._____. Ce dernier a pour

l'essentiel retenu les diagnostics suivants : gonarthrose droite tricompartimentale avancée, gonalgies gauches, souffrance fémoro-patellaire gauche, lombosciatalgie chronique, dorsalgies récurrentes sur souffrance algodysfonctionnelle récidivantes et cervico-scapulalgie. Il s'est exprimé comme suit sous l'intitulé « *appréciation* » :

« Durant ces trois dernières années, nous assistons inexorablement à une détérioration fonctionnelle globale en rapport avec une boiterie du genou droit imposant un transfert de contraintes vers le membre inférieur gauche et déstabilisation axiale vertébrale. Si aucune sanction chirurgicale n'a été prévue au niveau du genou à droite vu l'âge de la patiente, force est de constater que les méfaits de cette gonarthrose sévère sont en train de se répercuter sur l'ensemble de l'équilibre vertébral. De façon récurrente nous avons des épisodes de lombosciatiques qui ont été traités conservativement, ayant requis ponctuellement à des techniques de l'ordre de l'antalgie instrumentale. Les difficultés de la prise en charge actuelle résident dans le fait que l'on se trouve confronté successivement à une souffrance intéressant le segment lombaire, médiadorsal ou le segment cervical inférieur. Ce dernier point a été plus difficilement abordé récemment, responsable de douleurs référées au niveau des versants externes des bras et des coudes. Les symptômes restent encore d'intensité modulable bien que fort invalidants.

Sur le plan chirurgical orthopédique, je ne pense pas que l'on envisage une sanction chirurgicale sur l'axe vertébral. Les traitements en médecine physique seront appliqués de manière ponctuelle, mais surtout il me semble judicieux d'envisager une adaptation des contraintes au quotidien. Actuellement, la situation reste critique alors que cette sollicitation s'avère encore modeste. Dans un contexte professionnel où les mouvements répétitifs seraient imposés avec des porte-à-faux et des déplacements, je ne pense pas que l'on puisse alors réellement prétendre stabiliser cette situation.

Ayant eu l'occasion de la suivre durant ces diverses décompensations, je ne pense pas qu'il soit sage de procéder à une éventuelle réinsertion professionnelle. L'handicap actuel est tel que les déplacements, les ports de charge, les positions statiques ou dynamiques s'avèrent mal tolérées. Par conséquent, il reste à mon avis une incapacité de travail à 100% ».

Le 8 janvier 2009, l'assurée a produit une attestation établie par une pharmacie le 25 septembre 2008, faisant apparaître une prescription de Surmontil dispensée par le Dr Z. _____ en 2000, ainsi qu'un rapport d'IRM du 3 décembre 2008 qui montrait que le genou droit était très atteint et un rapport du Service de médecine nucléaire du Centre hospitalier B. _____ (ci-après : Centre hospitalier B. _____) du

18 novembre 2008, attestant que des examens étaient en cours en vue de la pose d'une prothèse au genou droit.

Le 17 juin 2009, l'assurée a produit un rapport du 30 avril 2009 du Dr K._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, qui décrivait notamment des éléments anxieux, voire dépressifs, sans exclure une amélioration théorique de la situation avec un traitement bien conduit, amélioration qui pourrait demander plusieurs mois, voire un ou deux ans. Il confirmait par ailleurs une capacité de travail de 50% dans une activité légère.

Par arrêt du 27 mai 2011 (causes AI 141/06 - 378/2011 et AI 259/08-378/2011), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours de l'assurée, annulé les décisions de l'OAI des 28 juillet 2006 et 21 avril 2008 et renvoyé la cause à cet office pour nouvelle décision. En substance, la Cour a retenu que l'état de santé de l'assurée avait fait l'objet d'évaluations qui divergeaient sur plusieurs points essentiels, si bien qu'il subsistait des incertitudes quant à la gravité des troubles présentés et leur répercussion sur la capacité de travail, ce qui imposait la mise en œuvre d'une expertise indépendante.

C. A la suite de l'arrêt de renvoi du 27 mai 2011, l'OAI a repris l'instruction du cas de l'assurée.

Dans un avis du 8 novembre 2011, le Dr R._____ du SMR, spécialiste en anesthésiologie, a préconisé la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique par le Dr Q._____.

Par avis du 16 décembre 2011, le Dr N._____ a expliqué que le Dr Q._____ était à même d'éclairer les incertitudes laissées par les rapports médicaux et expertises au dossier, puisque les atteintes de l'assurée (gonarthrose droite tricompartimentale, arthrose fémoro-patellaire gauche et rachialgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs étagés) étaient toutes du domaine rhumatologique.

Le Dr Q._____ s'étant récusé, une expertise rhumatologique a été réalisée auprès du D._____ (ci-après : D._____) le 30 mars 2012. Dans le rapport du 5 juillet 2012 établi par le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, les diagnostics retenus avec répercussion sur la capacité de travail étaient les suivants : gonarthrose droite tricompartmentale symptomatique depuis 2000, arthrose fémoro-patellaire gauche symptomatique depuis 2008 et cervicalgies sur cervicarthrose débutant depuis 1996. Etaient en revanche sans répercussion sur la capacité de travail les dorso-lombalgies chroniques sur troubles statiques et posturaux existant depuis 2000 et la fibromyalgie existant depuis 2009. Le Dr G._____ a également exposé les éléments suivants sous la rubrique « *situation actuelle et conclusions* » :

« *Situation actuelle et conclusions* :

La présente expertise n'apporte que peu d'éléments nouveaux par rapport aux antérieurs, hormis la présence des trigger points de la fibromyalgie.

L'examen clinique des genoux est parfaitement superposable aux examens antérieurs dans la mesure où on constate une incapacité fonctionnelle tibio-fémorale et fémoro-patellaire importante à droite avec amyotrophie de toute la musculature du membre inférieur droit, et un syndrome fémoro-patellaire gauche marqué. Paradoxalement l'accroupissement est possible jusqu'à 90° mais pas au-delà, en raison des douleurs du compartiment antérieur. L'imagerie confirme les observations cliniques par une arthrose tricompartmentale sévère à droite et fémoro-rotulienne gauche débutante.

L'examen du rachis, quant à lui, est étonnamment bon compte tenu des plaintes, et des dysbalances musculaires (hypotonie abdominale, rétraction des ischio-jambiers) observées. Objectivement, la mobilité rachidienne est satisfaisante, il n'existe aucun déficit neurologique radiculaire ou tronculaire, et aucun signe de non organicité de Waddell n'a été observé malgré une recherche scrupuleuse. En revanche, la pression sur les apophyses épineuses et des ligaments inter-épineux est douloureuse de C7 à S1 ; les téguments sont infiltrés et la manoeuvre du palpé-roulé de la ceinture pelvienne est douloureuse. Les trigger points de la fibromyalgie sont tous présents. La colonne cervicale, quant à elle, est douloureuse dans toutes les directions et restreintes dans ses amplitudes. Les téguments de la ceinture scapulaire infiltrés, la manoeuvre du palpé-roulé du tissu cellulo-graisseux sous-cutané est difficile, son ébauche est déjà douloureuse et se solde par un important dermatographisme. La musculature et les insertions ostéo-tendineuses des trapèzes sont tendues et douloureuses à la palpation. Les trigger points de la fibromyalgie sont tous présents, y

compris les épitrochlées. L'imagerie de la colonne lombaire peut être considérée comme normale et la colonne cervicale comme fréquente dans les modifications dégénératives qu'elle présente.

Les évaluations antérieures sont des plus raisonnables. L'état de santé de Madame S. _____ ne lui permet plus d'exercer le métier d'aide boulangère qui exige de longues positions debout immobiles prolongées ou en piétinement, de ports et transports fréquents de charges. Ses genoux seraient très vite en décompensation avec douleur invalidante et épanchements synoviaux comme cela a déjà été le cas.

Pour ce qui concerne le rachis, on peut dire qu'on se trouve en présence de cervicalgies et lombalgies chroniques qui ne peuvent être totalement expliquées par les lésions anatomiques mises en évidence. Elles peuvent être responsables d'incapacités temporaires de travail, mais pas de longue durée ou définitives. On peut admettre que les lésions cervicales justifient également la poursuite de sa profession.

Tous les médecins intervenants, à quelques détails près, admettent qu'il reste, à terme, une capacité résiduelle susceptible d'être exploitées. L'expertise actuelle va dans le même sens en considérant qu'une activité adaptée au handicap des genoux (activité légère en position assise) accomplie à 50% en raison des douleurs cervicales (permettant tout de même des changements de position) est encore exigible. Si l'expert actuel accepte totalement le diagnostic et la démarche thérapeutique du Dr K. _____, il ne le suit pas dans sa détermination de la capacité actuelle de travail. Une lombalgie chronique de nature algodysfonctionnelle et un syndrome fibromyalgique ne sont pas invalidants. Cependant, l'intervention d'un psychiatre est nécessaire pour le diagnostic de troubles somatoformes et la recherche d'une comorbidité psychiatrique qui pourrait modifier les conclusions.

REPONSES AUX QUESTIONS DE L'OFFICE D'ASSURANCE INVALIDITE

- A. Questions cliniques
1. Anamnèse
Anamnèse professionnelle et sociale
Évolution de la maladie et résultats des thérapies
Données anamnestiques sans relation directe avec l'affection
actuelle
- Cf. ci-dessus.
2. Plaintes et données subjectives de l'assuré(e)
- Cf. ci-dessus.
3. Status clinique
Status physique et psychique (en cas de troubles somatoformes, prière d'établir une analyse précise des symptômes et respectivement des douleurs)
Résultats des tests avec la méthode utilisée

Cf. ci-dessus.

4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents?

depuis 2000
2008

- Gonarthrose droite tricompartmentale symptomatique
- Arthrose fémoro-patellaire gauche symptomatique depuis
- Cervicalgies sur cervicarthrose débutante depuis 1996

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents?

- Dorso-lombalgies chroniques sur troubles statiques et posturaux depuis 2000
- Fibromyalgie depuis 2009

5. Appréciation du cas et pronostic

Cf. ci-dessus.

B. Influences sur la capacité de travail

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Ne peut plus porter des charges, déambuler, monter et descendre des escaliers, utiliser des échelles ou escabeaux, rester debout en piétinant ou en restant immobile longtemps

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

jusqu'ici?

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée

possible.

L'exercice de la profession d'aide boulangère n'est plus

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Capacité nulle.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)?

Non.

mesure?

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui dans quelle

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Février 2008

depuis lors?

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué

Est resté complet.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré(e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel?

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables?

Si oui prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants

1. la possibilité de s'habituer à un rythme de travail
2. l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social
3. la mobilisation des ressources existantes

Si non, pour quelles raisons?

Oui.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

Non

2.1 Si oui par quelles mesures? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail?

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e)?

Oui.

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité?

Activité légère en position assise implique une limitation de charge (3 kg en répétitif) et de vitesse (pas de travail à la chaîne), pas de travail au-dessus du plan des épaules, changement de position toutes les 45 minutes, pas de longue déambulation, pas d'escaliers, encore moins de travaux en hauteur (escabeaux, échelles).

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ?

50%.

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure?

Pas dans un 50%.

[...] »

Dans un avis du 18 juillet 2012, le Dr P._____ du SMR a expliqué que les examens effectués lors de l'expertise rhumatologique du 30 mars 2012 confortaient une relativisation des plaintes douloureuses qui pouvaient être attribuées à la présence d'une fibromyalgie. Il estimait que cette atteinte n'était pas invalidante compte tenu de l'absence d'une comorbidité psychiatrique sévère et notait à ce sujet l'absence également de traitement psychiatrique ou psychothérapeutique en cours ou passé. Ainsi, il retenait une incapacité totale de l'assurée à exercer l'activité d'employée de production chez L._____SA dès le 12 novembre 2001 et de 50% dès le 1^{er} juin 2002 dans une activité adaptée à la gonarthrose droite tricompartimentale, l'arthrose fémoropatellaire gauche et aux cervicalgies sur cervicarthrose débutante. Il reprenait les limitations fonctionnelles développées dans le rapport d'expertise.

Par projet de décision du 26 mars 2013, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il lui octroyait une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2002 basée sur un taux d'invalidité de 59%.

Par courrier du 3 mai 2013, l'assurée, par son conseil, a informé qu'elle recourrait contre la décision dont le projet lui avait été communiqué.

Par courrier du 15 mai 2013, l'OAI a maintenu son projet de décision du 26 mars 2013. Il a en outre transmis à l'assurée la motivation en vue de la notification de la décision formelle. Le résultat des constatations était le suivant :

« Suite à l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances du 27 mai 2011 qui annulait la décision du 28 juillet 2006 et la décision sur opposition du 21 avril 2008. Nous avons complété l'instruction de votre dossier et vous présentons un projet de décision.

Il ressort du complément d'instruction effectué que votre capacité de travail est nulle dans votre activité d'employée de production

L. _____ SA depuis le 11 novembre 2011 [recte : 2001] (date du début du délai d'attente d'un an).

En revanche, dès le 1^{er} juin 2002, elle est de 40% dans une activité respectant vos limitations fonctionnelles (ne pas porter de charge, déambuler, monter, descendre des escaliers, utiliser des échelles ou escabeaux, rester debout en piétinant ou en restant immobile longtemps).

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assurée 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 2002 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a), frs 3'820.- par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2002 ; 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 2002 (41,7 heures ; La Vie économique, 8-2004, p. tableau B 9.2), ce montant doit être porté à frs 3'982.35 (frs 3'820.- x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de frs 47'788.20.-.

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 50%, le salaire hypothétique est dès lors de frs 23'984.10 par année.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, par exemple certaines limitations liées au handicap, à l'âge, à la nationalité, à la catégorie de permis de séjour ou au 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 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à frs 21'504.69.

Sans atteinte à la santé et dans votre ancienne activité, vous pourriez prétendre à un revenu annuel de CHF 52'780.-.

Comparaison des revenus :

sans invalidité

CHF 52'780.00

avec invalidité	CHF	21'504.70	
La perte de gain s'élève à	CHF	31'275.30	= un degré
d'invalidité de 59%.			

Notre décision est par conséquent la suivante :

Dès le 1^{er} novembre 2002, vous avez droit à une demi-rente basée sur un taux d'invalidité de 59%. »

Par décision formelle du 7 juin 2013, l'assurée s'est vue reconnaître le droit à une demi-rente à compter du 1^{er} novembre 2002.

D. Par acte du 8 juillet 2013, S. _____, représentée par l'avocat Diego Bischof, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme en ce sens qu'elle a droit au versement d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2002, subsidiairement à trois quarts de rente. En substance, elle se plaint d'une violation des art. 9 et 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), ainsi que de l'art. 49 al. 3 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), au motif que la décision attaquée n'indiquerait pas pour quelle raison sa capacité de travail serait de 50%. Dans un deuxième moyen, elle conteste l'abattement de 10%, estimant qu'il aurait dû s'élever à 20% à tout le moins compte tenu notamment de son âge, de sa nationalité, de son absence de formation et de son incapacité de travail totale dans son activité habituelle. En dernier lieu, elle relève que son incapacité de travail est totale, et qu'elle souffre en plus d'une aggravation de ses problèmes psychologiques.

Dans sa réponse du 29 juillet 2013, l'intimé a estimé que sa décision litigieuse était suffisamment motivée, celle-ci évoquant les conclusions du complément d'instruction réalisé. Il a également précisé que le taux d'abattement de 10% retenu dans ladite décision tenait compte des limitations fonctionnelles, mais que d'autres facteurs tels que l'âge, la nationalité et l'absence de formation n'avaient pas été pris en considération étant donné les circonstances. Enfin, il a expliqué que le dossier avait été suffisamment instruit et qu'il convenait notamment de se

référer à l'avis SMR du 18 juillet 2012 s'agissant de l'état de santé psychique de la recourante.

Dans sa réplique du 30 août 2013, la recourante a contesté la pertinence de l'avis SMR du 18 juillet 2012 sur lequel s'est basé l'intimé, au motif notamment qu'il indiquait qu'elle ne suivait aucun traitement psychiatrique. A cet égard, la recourante a produit un rapport du 14 août 2013 de la Dresse C._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, laquelle mentionnait que sa patiente suivait un traitement à base d'antidépresseurs et d'anxiolytiques. Ainsi, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique pour attester ou non la présence de troubles psychiatriques invalidants. Elle a également estimé qu'il convenait de retenir un abattement de 20% compte tenu de ses troubles psychiatriques et de sa fibromyalgie.

Le 11 septembre 2013, l'intimé a maintenu sa position.

E. **a)** Après examen du dossier, le juge instructeur a estimé qu'il convenait de procéder à une nouvelle évaluation médicale de l'état de santé de la recourante, et a dès lors mis en œuvre une expertise bidisciplinaire auprès du W._____. (ci-après : W._____).

Dans leur rapport d'expertise du 19 juin 2014, les Dresses M._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et O._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de gonarthrose prédominant à droite et ceux sans effet sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant présent depuis 2002, d'excès pondéral assorti d'un déconditionnement prédominant au niveau axial, de trouble statique et dégénératif du rachis cervico-dorso-lombaire sans conflit radiculaire ni médullaire, d'affaissement de la voûte plantaire avec surcharge de l'arrière-pied, de trouble digestif fonctionnel, de ronflement anamnestique, de status variqueux du membre inférieur droit et de status après section de l'aileron rotulien externe à droite et arthroscopie du genou gauche, ainsi que de status après hystérectomie,

appendicectomie. Les expertes ont en outre relevé ce qui suit sous la rubrique « *discussion de conclusion au plan somatique* » :

« 1. Le problème de genoux

Il s'agit d'une affection évoluant depuis l'enfance, Mme ayant présenté une vraisemblable arthrite septique du genou droit dont a persisté un état séquellaire dont elle s'est remarquablement accommodée, comme cela est souvent le cas des lésions de l'appareil locomoteur survenues durant l'enfance, période de la vie où les processus d'adaptation fonctionnent sans doute le mieux.

L'amyotrophie globale, homogène de tout le membre inférieur droit parle en faveur de cette souffrance chronique, ancienne.

L'aspect radiologique est celui d'une gonarthrose quelque peu atypique avec des érosions sous-chondrales massives, médianes et une faible reconstruction ostéophyttaire. L'interligne articulaire reste encore visible.

Cet état séquellaire a été somme toute peu évolutif déjouant le pronostic des rhumatologues qui ont examiné Mme dans les années 2000 à 2005 qui pronostiquaient une pose de prothèse à brève échéance. Cela est en relation avec le fait que l'atteinte est établie depuis l'enfance. L'aspect radiologique est différent d'une gonarthrose habituelle. Il y a des érosions sous-chondrales médianes importantes mais l'ostéophytose est peu marquée et il persiste un interligne articulaire. L'intervention visant à retarder l'échéance d'une prothèse réalisée en 2002 a permis une étape de stabilisation, ce genou n'ayant pas présenté de poussées congestives nécessitant des ponctions ni d'autres mesures depuis lors.

L'expertisée marche d'un pas vif, elle compense très bien l'amyotrophie du membre inférieur droit, on n'observe pas de boiterie tout comme lors des examens précédents. Elle fléchit le genou à plus de 90° aisément.

Depuis la fin de l'année 2002 - début 2003 au plus tard, son orthopédiste envisageait une réadaptation dans un travail sédentaire, léger. Cela reste d'actualité selon la confrontation radio-clinique actuelle pour le genou droit. La situation est stable par rapport à l'examen clinique du Dr F. _____ de novembre 2002, de 2004 au SMR, par rapport à l'expertise du Dr G. _____ en 2012.

La gonarthrose gauche, débutante, reste au même stade radio-clinique également.

2. Le dos

Mme a tenu la position statique principalement tout au long de la journée de l'expertise. Elle s'est relevée sans difficulté évidente pour le status, elle est souple, elle fléchit le dos aisément lors de la gestuelle spontanée. Elle présente un certain relâchement de la musculature abdominale, compatible avec son âge et sa sédentarité. Il existe également des dysbalances musculaires axiales. Elle n'est pas complètement déconditionnée comme on le verrait chez quelqu'un de grabataire.

Elle monte, descend, du lit d'examen sans difficulté malgré sa petite taille, elle se retourne aisément en décubitus, elle se relève de la position couchée promptement, sans l'aide des bras.

Au plan radiologique, l'étude des images sur plus des 10 ans écoulés entre 2001 et 2012 montre un discret trouble statique, non significatif, avec des courbures lordotiques bien marquées, assorties d'une discrète scoliose, et de discrètes atteintes dégénératives spondylodiscarthrosiques, sans signes congestifs à l'IRM lombaire de 2003, et sans signe évolutif sur les clichés de la Dre C. _____ de 2010 et 2012. Il s'agit d'une atteinte commune, bénigne, fréquente dans la population.

Le diagnostic d'un rachis ne permettant plus que la position couchée établi par le Dr V. _____ en 2003, sur une atteinte rachidienne active ne s'est pas confirmé.

Je rejoins les évaluations sur ce point de mes autres collègues :

- Dre H. _____ : troubles dégénératifs débutants (2001)
- Dr X. _____ : dorso-lombalgies chroniques sur troubles statiques et posturaux et dégénératifs qu'il détaille (protrusion paramédiane gauche L3-L4, et arthropathies postérieures L4-S1, 2004)
- Dr Z. _____ : troubles statiques et dégénératifs étagés (2008)
- Dr [...], scintigraphie, 2008 : pas de captation pathologique du dos (2008)
- Dr K. _____, essentiellement des hypoextensibilités musculaires au rachis c'est-à-dire des muscles un peu court (2009)
- Dr G. _____ : dorso-lombalgies chroniques sur troubles statiques et posturaux depuis 2000 (2012)

La pathologie rachidienne de Mme S. _____ reste bénigne, sans évolution d'un trouble neurologique radiculaire ou myélopathique (M 54.9) et permettait dès fin 2002 - début 2003 la réadaptation proposée par le Dr F. _____ dans les limitations fonctionnelles admises par le SMR et qui restent d'actualité.

3. Le trouble douloureux chronique irréductible

C'est un élément difficile à analyser sur la base d'un examen clinique unique d'expertise car cela fait appel à des éléments subjectifs, sans traduction objective, se basant sur de l'allodynie c'est-à-dire sur des douleurs déclenchées par des stimuli normalement indolores, pouvant varier selon les circonstances et les émotions et sans étiologie objective définie.

J'ai disposé de documents très complets qui m'ont permis une analyse de la situation médicale rétroactive sur plus d'une dizaine d'années avec des examens de spécialistes très détaillés.

Dans le dossier, le diagnostic reposant sur ces éléments d'allodynie faisant appel à une modification du seuil à la douleur est inconstamment relaté.

Le premier à mentionner une fibromyalgie est le Dr T. _____, un des précédents médecins traitants, en 2002. Il décrit des « douleurs articulaires généralisées, suspicion non confirmée de fibromyalgie, existant depuis 1998 ». La Dre H. _____ n'avait en effet pas confirmé la fibromyalgie.

L'expert V. _____ parle en 2003 de « traitements de physiothérapie et d'acupuncture associé à un traitement régulateur du seuil à la douleur, de tricycliques ». Il n'en débat pas dans les conclusions de l'expertise.

Le Dr X. _____ évoque la non-réponse thérapeutique aux infiltrations facettaires alors qu'il incriminait l'arthrose postérieure à l'origine des douleurs rachidiennes, si bien qu'il ne sait plus très bien à quoi incriminer les douleurs (avril 2004). Il parle d'éléments « intriqués » avec une réinsertion professionnelle dans une activité « intellectuelle » qui ne lui paraît pas indiquée. Je n'ai pas trouvé dans la partie administrative à quoi faire référence pour cette activité « intellectuelle » qui aurait été proposée et qui inquiétait Mme. Peut-être fait-il référence à ce que nous trouvons dans un entretien de Mme à l'OAI où l'on mentionne que « Mme souhaiterait avoir un travail intéressant, idéalement une formation complète, validée » alors qu'on lui avait refusé la formation de fleuriste.

Mme m'a en effet parlé de ses espoirs déçus pour une profession qu'elle souhaitait vivement mais qu'on lui refusait, précisant qu'à l'AI [on] lui a dit qu'elle n'avait « pas les compétences » ce qui l'a déprimée. Le Dr X. _____ n'avait visiblement pas à disposition l'ensemble des éléments dont je dispose. Il a relevé des éléments d'anxiété chez sa patiente à ce moment-là et que cette réadaptation l'inquiétait. Cela donnait des éléments intriqués avec les douleurs.

Cette intrication des douleurs et d'événements environnementaux est aussi soulevée par la Dre L. _____ actuelle rhumatologue traitant, depuis 2009 « [...] il s'agit d'une patiente souffrant de douleurs chroniques [...] J'ai constaté au cours de ces dernières années plusieurs périodes d'exacerbation douloureuse qui sont concomitantes à des situations émotionnellement difficiles ».

En 2005, je note lors d'un entretien ultérieur d'un de vos collaborateurs avec l'assurée que « Mme doit attendre plusieurs jours avant de pouvoir faire sa vaisselle, trop de douleurs, douleurs constantes ». Les diagnostics médicaux ne viennent pas corroborer de tels empêchements, pas plus qu'en 2003, celui de devoir rester constamment couchée.

Pour le Dr Z. _____, les atteintes somatiques objectives étaient sévères, il ne tient nullement compte d'éléments allodymiques en 2008. Il « protège » Mme par la reconnaissance de limitations fonctionnelles extrêmement strictes, toujours d'actualité.

Le Dr K. _____ relate la bonne fonctionnalité de Mme qui « déambule normalement sans boiterie particulière » et retient des sensibilités musculaires mais sans net élément de fibromyalgie (2009).

L'expert G. _____ en 2012 évoque les critères d'une fibromyalgie qu'il a consciencieusement recherchés et qui sont tous présents. En présence d'une lombalgie chronique, il retient le diagnostic différentiel d'un trouble somatoforme et suggère la recherche d'une comorbidité psychiatrique, tout comme le médecin traitant le suggère.

Actuellement comme le Dr T. _____ entre 1998 et 2001, comme l'expert G. _____ en 2012, j'ai relevé des éléments allodymiques dans les douleurs diffuses de Mme, indépendamment de sa gonarthrose. Ils répondent aux critères de la fibromyalgie que ce soit

les critères de 1990 (ne tenant compte que des points d'insertion et de la localisation des douleurs) mais aussi des critères de 2010 intégrant les symptômes fonctionnels à distance de l'appareil locomoteur. Mais il existe aussi des points contrôles positifs et des éléments discordants dans les allégations de la patiente, dépassant le cadre d'une simple fibromyalgie.

Mme dénonce, tout comme lors de l'expertise du Dr V. _____ certains éléments qui la rapprochent d'un état grabataire, elle dénonce un indice subjectif d'handicap du genou atteignant, tout comme en 2001, le stade chirurgical de Lequesne mais elle n'a toujours pas eu besoin d'être opérée et est restée agile sur ses jambes en dépit de sa gonarthrose et de l'amyotrophie bien connue de son membre inférieur droit.

Il existe des éléments de discordances avec des symptômes et des signes de Waddell ainsi que des signes d'amplification selon Matheson (détaillés en fin d'expertise).

J'identifie un très haut score de kinésiophobie selon Tampa (détaillé en fin d'expertise) qui m'apparaît à l'origine de l'évocation du haut état d'handicap qu'elle annonce et qui peut avoir influencé certains médecins dans leur appréciation s'ils ont donné la priorité aux éléments subjectifs des plaintes sans tenir compte des aptitudes restantes, somme toute bien meilleures que ce que Mme annonce et qui s'appuient sur la confrontation radio-clinique d'une évolution de plus de 10 ans somme toute favorable, comme l'atteste la Dre L. _____ qui la suit depuis 2009 quant à elle.

Nous en avons débattu de tous ces éléments lors de notre discussion consensuelle avec l'experte psychiatre.

4. Les éléments de médecine interne générale

Mme présente un excès pondéral. Cet excès pondéral ne se complique pas d'un syndrome métabolique à l'heure actuelle. Il est stable au fil des années, il ne s'est pas aggravé.

Mme signale ronfler beaucoup, ce qui dérange le sommeil de sa fille vivant dans le même appartement. Sa fille le lui a signalé mais n'a pas noté d'apnée. Je l'ai encouragée à en parler à son médecin traitant afin d'investiguer ce ronflement, de s'assurer qu'il ne s'associe pas un syndrome d'apnée du sommeil, ou un syndrome des jambes impatientes, ces syndromes étant accessibles à des prises en charges thérapeutiques. Ces diagnostics n'atteignant pas des seuils incapacitants au long cours, ces investigations sortent du champ d'exploration de la présente expertise.

Mme se plaint aussi d'occasionnelles palpitations. Un bilan cardiaque vu son âge, son excès pondéral m'apparaît indiqué.

Elle relate un état ménopausé, non substitué. Je n'ai pas noté de carence alimentaire en produits laitiers, Mme sort régulièrement notamment lorsqu'il fait du soleil. Elle est suivie par une rhumatologue qui n'a pas identifié de risque pour une ostéoporose. Elle n'a pas d'anamnèse de fracture. Sa petite taille est connue et stable. Je n'ai pas organisé d'examen complémentaire dans ce sens.

Le status variqueux qui prédomine au membre inférieur droit pose un diagnostic différentiel car il est « *suspendu* » autour de la gonarthrose. Je n'ai pas mis en évidence de gradient thermique qui

suggérerait un shunt artério-veineux qui se serait installé, ni d'oedème distal ou asymétrique qui orienterait pour un syndrome post-thrombotique ou un blocage proximal. Il n'est pas signalé dans les autres rapports d'expertises antérieures de manière spécifique. Je suggère un bilan angiologique à la Dre L. _____ si elle l'estime évolutif.

J'ai noté une hypoesthésie très localisée en région médiodorsale (D1-D4) sans autre élément neurologique que je suggère à ma collègue de vérifier avant d'entreprendre d'autres examens spécialisés (IRM dorsale). Il était difficile de faire préciser à l'expertisée s'il s'agissait d'une hypoesthésie ou d'une zone d'allodynie, Mme ayant eu quelques réponses contradictoires.

Diagnostic

Gonarthrose prédominant à droite

Trouble statique et dégénératif du rachis cervico-dorso-lombaire sans conflit radiculaire ni médullaire

Affaissement de la voûte plantaire avec surcharge de l'arrière-pied

Excès pondéral assorti d'un déconditionnement prédominant au niveau axial

Trouble digestif fonctionnel

Ronflement anamnestique

Status variqueux du membre inférieur droit

Status après section de l'aileron rotulien externe à droite et arthroscopie du genou gauche

Status après hystérectomie, appendicectomie

Capacité de travail

Mme ne peut plus travailler comme aide en boulangerie depuis février 2002. Depuis fin 2002 - janvier 2003 au plus tard, une activité adaptée, à 50% était exigible selon les limitations fonctionnelles reconnues, au plan somatique. La situation est stable depuis lors sur ce plan.

Perspective thérapeutique et pronostic

Comme le soulignait déjà le Dr T. _____, précédent médecin traitant entre 1998 et 2002, un état douloureux diffus s'ajoute à la problématique dégénérative mécanique de la gonarthrose avec des éléments d'allodynie et de kinésiophobie qui transparaissent dans le dossier et qui ont été relevés lors de l'expertise du Dr G. _____ en 2012 également.

Ces éléments en interférence avec des difficultés sociales ont été dûment discutés en travail de synthèse avec l'experte psychiatre. »

Au plan psychiatrique, les expertes ont relevé ce qui suit :

« L'expertisée, d'origine tunisienne, âgée de 56 ans, divorcée à 2 reprises, mère d'une fille, grand-mère d'un petit-fils âgé de 18 mois, est sans formation professionnelle. Dès l'âge de 32 ans (1990), Madame vit en Suisse.

Dès 1995, l'expertisée travaille à plein temps comme vendeuse et aide boulangère, au rayon de la pâtisserie, à la [...] de [...] et dans la fabrication chez L. _____ SA.

Dès 2002, suite à des gonalgies et à des lombalgies, Madame est en arrêt de travail puis elle émarge d'une demi-rente AI pour des raisons somatiques. Dans le cadre de douleurs, Madame présente des symptômes dépressifs réactionnels. Un suivi psychiatrique ponctuel est mis en place, rapidement cessé par Madame. Hormis un traitement d'amitriptyline à petites doses (dans le but d'élever le seuil à la douleur et non à dose antidépressive), Madame n'a pas reçu d'antidépresseur dans le but de traiter des symptômes dépressifs ou anxieux. Ceci infirme un trouble dépressif ou anxieux sévère (diagnostic relevé par le Dr X. _____ dans son rapport d'avril 2004). Un traitement de Temesta® Expidet 1 mg a été prescrit mais la prise est très occasionnelle (de même pour l'inducteur de sommeil) ; ceci infirme à nouveau un trouble anxieux sévère tel que l'affirmait le Dr X. _____.

Aucun autre antécédent psychopathologique n'est mis en évidence.

L'anamnèse n'est pas marquée par des carences affectives, un éloignement familial précoce ou des maltraitances en répétition.

Majeure, Madame se marie à 2 reprises puis elle divorce en raison de problèmes d'alcool et de violences de ses conjoints.

A l'examen clinique de ce jour, Madame ne présente pas de fatigabilité ou de ralentissement psychomoteur. Son discours est cohérent. Elle est parfaitement orientée aux 4 modes.

L'attention, la concentration et la mémoire sont dans les normes.

Malgré les allégations de Madame, aucun élément floride de la lignée dépressive n'est objectivé. La plainte essentielle consiste en douleurs, non entièrement expliquées sur le plan physique. Ces algies s'accompagnent de conflits psychosociaux conséquents et d'une certaine détresse émotionnelle permettant de retenir, selon la définition de la CIM-10, le diagnostic de **syndrome douloureux somatoforme persistant**.

La recherche pour une anxiété généralisée, des attaques de panique, un état de stress post-traumatique, un trouble affectif bipolaire, une psychose, une dépression ou un trouble de personnalité, est négative.

Le syndrome douloureux somatoforme persistant ne s'accompagne pas d'une comorbidité psychiatrique d'acuité et de durée sévère. Comme relevé par la Dresse L. _____, les douleurs s'exacerbent lors de situations émotionnelle difficiles, sans toutefois que l'on puisse retenir, selon la définition de la CIM-10, un diagnostic de dépression ou d'anxiété sévère durant plusieurs mois.

L'expertisée ne présente pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Madame a des contacts sociaux quotidiennement. L'expertisée vit avec sa fille et son petit-fils qu'elle va régulièrement chercher à la garderie.

Madame s'occupe quotidiennement des tâches ménagères.

Des intérêts sont maintenus (télévision, émissions sportives, jeux et téléjournal).

Des bénéfiques secondaires sont présents avec mobilisation de l'entourage et évitement d'un rôle à jouer.

Au vu du fonctionnement au quotidien de l'expertisée, Madame est manifestement en mesure de surmonter ses douleurs.

De même, le fonctionnement dans le quotidien traduit la persistance de certaines ressources psychiques.

On ne peut parler d'échec des traitements vu l'absence de changement de psychotrope. Dans le but d'élever le seuil à la douleur, l'amitryptiline pourrait être remplacée par de la duloxétine (Cymbalta®), substance entraînant peu d'effets secondaires et agissant conjointement sur la douleur et la thymie.

Toutefois, le pronostic paraît mauvais quant à la reprise d'une activité professionnelle, ceci essentiellement pour des raisons sociales.

5.2 DISCUSSION CONSENSUELLE ENTRE LES EXPERTS

Mme ne peut plus travailler comme aide en boulangerie depuis février 2002. Depuis fin 2002 - janvier 2003 au plus tard, une activité adaptée, à 50% était exigible selon les limitations fonctionnelles reconnues, au plan somatique. La situation est stable depuis lors sur ce plan.

La capacité de travail est entière sur le plan psychiatrique et l'a toujours été ».

Les expertes ont enfin apporté les réponses suivantes aux questions qui leur étaient posées :

« D. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. Limitations (qualitative et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Au plan physique

Travail léger (charges inférieures à 5 kg) principalement sédentaire, avec alternance de position aux 2h, sans travail en zone basse (pour éviter les genuflexions) sans déplacement sur terrain accidenté, sol instable, échelle, escabeau, sans travail en zone haute, nécessitant une élévation des membres supérieurs au-delà de 100° d'abduction, ou sollicitant la ceinture scapulaire.

Au plan psychique et mental

Pas de limitation objectivée.

Au plan social

Pas de limitation mise en évidence.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Au plan physique

IT totale comme aide boulangère.

Au plan psychique

Le syndrome douloureux somatoforme persistant n'a pas d'influence sur la capacité de travail.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Au plan physique

50% dans un travail adapté.

Au plan psychique

La capacité de travail est entière.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (par jour) ?

Au plan physique

Non.

Au plan psychique

Oui, en plein.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure ?

Au plan physique

Plus de rendement exigible dans l'ancienne activité.

Au plan psychique

Non.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Au plan physique

1998 environ cf. ITT déjà débutés pour ce problème par Dr T. _____ à cette période

Au plan psychique

Pas d'incapacité de travail.

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

Au plan physique

Depuis son licenciement d'un poste exercé de nombreuses années, ce qui visiblement l'a beaucoup peiné, Mme n'a plus retravaillé.

Au plan psychique

Pas d'incapacité de travail.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assurée est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel ?

Au plan psychique

L'expertisée peut s'adapter à un environnement professionnel.

E. INFLUENCE SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants :

- **La possibilité de s'habituer à un rythme de travail**
- **L'aptitude à s'intégrer dans le tissu social**
- **La mobilisation des ressources existantes**

Si non, pour quelle raison ?

Au plan physique

Il existe une telle kinésiophobie, Mme met en avant de tels handicaps bien que non objectivables, toute mesure paraît vouée à l'échec. Elle décrit elle-même avoir été blessée par la non-compréhension de l'AI au début où l'on parlait de réadaptation car elle pensait pouvoir se convertir dans une profession qui lui plaise, comme celle de fleuriste, ce qui visiblement ne lui a pas été accordé d'une part parce que cela n'apparaissait pas adapté à ses limitations fonctionnelles, d'autre part cela n'était pas compatible avec sa formation à ce que nous avons compris.

Au plan psychique

La capacité de travail est entière ; toutefois, Madame s'estime dans l'impossibilité d'exercer une activité, même à temps partiel ; ceci vouera toutes mesures de réadaptation à l'échec.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?

Au plan physique

Question sans objet, a été licenciée et ce travail est contre-indiqué.

Au plan psychique

Question sans objet.

2.1 Si oui, par quelles mesures ? (p.ex. des mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

Au plan physique

Idem.

Au plan psychique

Question sans objet.

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?

Au plan physique

Cf. idem au point E.1.

Au plan psychique

Question sans objet.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée ?

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?

Au plan physique

Cf. limitations sous point D.1.

Au plan psychique

Oui ; pas de mesure dont on doit tenir compte.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (p.ex. heures par jour) ?

Au plan physique

A 50% au moins depuis fin 2002 - janvier 2003

Au plan psychique

A 100% (idem que dans l'activité habituelle)

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure ?

Au plan physique

Non.

Au plan psychique

Pas de diminution de rendement.

3.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?

Au plan physique

Questions sans objet.

Au plan psychique

Question sans objet. »

b) Dans ses déterminations du 8 juillet 2014 sur le rapport d'expertise, l'OAI a relevé qu'il n'y avait pas de différences fondamentales dans les limitations fonctionnelles présentées par la recourante examinées dans le rapport du D._____ du 5 juillet 2012 et celui du W._____ du 19 juin 2014. Il retenait toutefois que le W._____ avait souligné l'impossibilité d'effectuer des travaux nécessitant une élévation des membres supérieurs ou sollicitant la ceinture scapulaire, ce qui toutefois

ne modifiait pas le calcul du préjudice économique effectué dans la décision litigieuse. Il maintenait également sa position quant au taux d'abattement retenu dans la décision querellée.

Le 17 novembre 2014, la recourante a indiqué ne pas avoir d'observation supplémentaire à formuler.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification régulière de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le point de savoir si la recourante peut prétendre à une rente d'invalidité supérieure à une demi-rente, singulièrement sur l'atteinte à la santé et son incidence sur la capacité de travail et de gain.

3. a) L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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. En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Ces dispositions, tant dans leur teneur en vigueur du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003 (RO 2002 p. 3372 sv.) que dans celles en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 p. 3854), reprennent matériellement les dispositions de la LAI qui régissaient la matière jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1^{er} janvier 2003 (ATF 130 V 343 consid. 3). Dans le même sens, l'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même.

b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur antérieure au 1^{er} janvier 2004, 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 et à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins. Depuis le 1^{er} janvier 2004, 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 (cf. art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, actuellement art. 28 al. 2 LAI).

c) Le juge apprécie librement les preuves, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous

les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre. De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, et enfin que les conclusions de l'expert soient 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, 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte 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 351 consid. 3b/aa ; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2).

Selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à

celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3b/cc et les références ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

4. Dans un premier moyen, la recourante se plaint d'un manque de motivation de la décision litigieuse, au motif que l'intimé n'indiquerait pas pour quelles raisons il a retenu une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée.

On rappellera qu'au terme de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation a été déduite par la jurisprudence du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), afin que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, le juge, respectivement l'administration, doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 134 I 83 consid. 4.1 et les arrêts cités).

Le grief tiré du défaut de motivation de la décision n'est pas fondé en l'espèce, dans la mesure où l'OAI a alloué une demi-rente à la recourante à la suite de l'expertise du D._____. Certes, il n'en est pas directement fait mention dans la décision litigieuse et l'intimé s'est mépris annonçant une capacité résiduelle de 40% dès le 1^{er} juin 2002, erreur qui reste cependant sans conséquence puisque l'intimé a pris en compte une capacité résiduelle de 50% - tel que cela ressort de l'expertise du D._____ - pour le calcul du revenu d'invalidité. Cela étant, la recourante s'est vue adresser un projet de décision le 26 mars 2013, au sujet duquel elle aurait pu faire valoir des observations si elle l'estimait insuffisamment

motivé, possibilité dont elle n'a pas fait usage. Au demeurant, la recourante n'a pas fait valoir dans ses écritures qu'elle aurait méconnu la portée de la décision litigieuse, décision qu'elle a d'ailleurs été en mesure d'attaquer en connaissance de cause dans son acte de recours et ses déterminations ultérieures.

5. Dans un autre moyen, la recourante relève que son incapacité de travail est totale, et qu'elle souffre en plus d'une aggravation de ses problèmes psychologiques.

a) En l'espèce, il n'est pas contesté par les parties que la recourante présente une incapacité de travail totale dès le 11 novembre 2001 dans l'activité habituelle d'aide boulangère en raison de ses atteintes physiques et des limitations fonctionnelles qui en découlent. Au vu des pièces au dossier, le Tribunal de céans ne peut que suivre cette analyse.

Reste en revanche litigieuse la capacité de travail résiduelle de la recourante dans une activité adaptée. A cet égard, l'intimé a estimé que l'intéressée présentait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée sur la base de l'expertise rhumatologique du D._____ du 30 mars 2012. Le Dr G._____ qui a procédé à l'expertise a expliqué que « *l'intervention d'un psychiatre était nécessaire pour le diagnostic de troubles somatoformes et la recherche d'une comorbidité psychiatrique qui pourrait modifier les conclusions* ». Cette piste n'a toutefois pas été suivie par l'OAI qui a rendu sa décision le 7 juin 2013 sans autre mesure d'instruction, hormis un rapport SMR du Dr P._____, non psychiatre, qui constatait l'absence de comorbidité psychiatrique sévère. En cours de procédure, la recourante a produit un rapport du 14 août 2013 de la Dresse C._____, rhumatologue, laquelle préconisait, dans le cadre d'une problématique de somatisation, une évaluation psychiatrique de sa patiente. Le Tribunal de céans a considéré, après examen du dossier, qu'il n'était pas suffisamment renseigné sur l'état de santé de la recourante et qu'une nouvelle évaluation médicale complète se justifiait, raison pour

laquelle il a mis en œuvre une expertise judiciaire bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) auprès du W._____.

L'expertise bidisciplinaire du 7 avril 2014 réalisée par les Dresses M._____, médecin généraliste et rhumatologue, et O._____, psychiatre, satisfait aux critères de la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, et emporter la conviction (cf. supra consid. 3c). En effet, se référant de manière systématique au dossier médical, les expertes ont procédé à l'anamnèse utile, relevé les plaintes alléguées par la recourante et les réponses ponctuellement données à celles-ci. Elles ont ensuite procédé, dans chacune des deux problématiques médicales spéciales, aux examens et observations cliniques nécessaires. Elles ont également pris en compte l'évolution de l'état de santé de la recourante. La description du contexte médical est claire et fouillée et l'appréciation du cas par chaque spécialiste l'est tout autant. Les conclusions de chaque volet de l'expertise sont dûment motivées, fondées sur des observations cliniques dûment consignées et après discussion entre les expertes.

Partant, le présent litige doit être tranché à la lumière des considérations et des conclusions de l'expertise judiciaire bidisciplinaire précitée.

b) Au plan somatique, la Dresse M._____ a posé comme seul diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de la recourante celui de gonarthrose prédominante à droite. Elle a retenu que depuis fin 2002 – janvier 2003 au plus tard, il pouvait être exigé de la recourante l'exercice d'une activité principalement sédentaire à 50% moyennant le respect de certaines limitations fonctionnelles, à savoir un travail léger permettant l'alternance de position aux deux heures, mais sans port de charges au-delà de 5 kg, de travail en zone basse (pour éviter les genuflexions), de déplacement sur terrain accidenté, sol instable, échelle ou escabeau, sans travail en zone haute qui nécessiterait une élévation des membres supérieurs au-delà de 100° d'abduction, ou qui solliciterait la ceinture scapulaire. La Dresse M._____ a estimé que la

situation radiologique de la gonarthrose gauche était stable et qu'il n'y avait pas d'évolution significative par rapport aux examens médicaux précédents. L'intervention réalisée en 2002 avait permis une étape de stabilisation, ce genou n'ayant pas présenté de poussées congestives nécessitant des ponctions ni d'autres mesures depuis lors. Par ailleurs, l'expertisée marchait d'un pas vif, ne boitait pas, compensait très bien l'amyotrophie du membre inférieur droit et fléchissait le genou à plus de 90° aisément.

L'experte a observé, s'agissant des douleurs au dos de la recourante, que l'étude des images radiologiques sur plus de dix ans entre 2001 et 2012 montrait un discret trouble statique, non significatif, avec des courbures lordotiques bien marquées, assorties d'une discrète scoliose et de discrètes atteintes dégénératives spondylodiscarthrosiques, sans signes congestifs à l'IRM lombaire de 2003, et sans signe évolutif par rapport aux clichés de la Dresse C._____ de 2010 et 2012. Selon la Dresse M._____, cette atteinte restait bénigne, sans évolution d'un trouble neurologique radiculaire ou myélopathique. Ainsi, moyennant le respect des limitations fonctionnelles précitées, le trouble statique et dégénératif du rachis cervico-dorso-lombaire n'empêchait pas la réadaptation proposée. Ces constatations rejoignent au demeurant celles effectuées par le Dr F._____ en novembre 2002, par le Dr J._____ du SMR en 2004 et par le Dr G._____ en 2012.

Concernant la problématique de somatisation, l'experte a noté lors de l'examen médical des éléments allodymiques dans les douleurs diffuses de la recourante, qui répondaient aux critères de la fibromyalgie, précisant qu'il existait aussi des points de contrôles positifs et des éléments discordants dans les allégations de l'expertisée, dépassant le cadre d'une simple fibromyalgie. Dans le même sens, le Dr T._____ suspectait déjà une problématique de somatisation sous la forme d'une fibromyalgie en 2002, qui n'avait toutefois pas été confirmée par la Dresse H._____. En 2009, la Dresse C._____ mentionnait également une composante de somatisation qu'il convenait d'évaluer par un psychiatre. En 2012, l'expert G._____ proposait à son tour la recherche d'une

comorbidité psychiatrique sous cet angle. Ces éléments seront discutés ci-après (cf. infra consid. 5c).

L'appréciation de la situation par la Dresse M. _____ emporte la conviction du tribunal. Elle a dûment expliqué les raisons pour lesquelles elle se distançait des avis des Drs V. _____, X. _____ et Z. _____, qui ne sont pas de nature à remettre en cause les constatations qui précèdent. Comme elle l'a relevé à juste titre, on ne voit pas pour quels motifs le Dr V. _____ (cf. rapport du 2 avril 2003) a conclu à un état grabataire justifiant que la recourante ne pouvait travailler que couchée. Il n'a pas tenu compte de ses capacités résiduelles, se fiant davantage aux doléances annoncées. La recourante elle-même a du reste admis ne pas passer ses journées couchée. Déjouait en outre le pronostic que faisait le Dr V. _____ en 2003, le fait que l'évolution soit demeurée stable chez une patiente qui restait agile avec une atteinte rachidienne bénigne. S'agissant du rapport du Dr X. _____ du 14 avril 2004, lequel retenait une incapacité de travail totale dans toute activité, il intriquait les facteurs environnementaux qui interféraient avec les douleurs chroniques, alors que ceux-ci sortent du champ strictement médical. Finalement, le Dr Z. _____ retenait une situation similaire et une capacité résiduelle identique de 50% dans une activité adaptée avec toutefois des limitations fonctionnelles plus importantes, visiblement pour éviter une dégradation progressive de l'état de santé de la recourante.

Compte tenu de ce qui précède, il convient de retenir que la recourante présente, d'un point de vue somatique, une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée depuis fin 2002 - janvier 2003.

c) Au plan psychiatrique, la Dresse O. _____ a posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux présent depuis 2002. Dès lors, il sied d'apprécier l'éventuelle influence de l'atteinte à la santé psychique sur la capacité de travail de la recourante à la lumière des principes jurisprudentiels énoncés ci-après.

aa) La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4, in SVR 2007 IV no 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4). Selon la jurisprudence, de tels syndromes n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352). Il existe une présomption que ces syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne concernée incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. 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. En présence d'une comorbidité psychiatrique, 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) (ATF 130 V 352).

Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (Ulrich MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St Gall 2003, p. 77). En revanche, d'autres circonstances constituent plutôt des indices du caractère exigible d'un tel effort. Parmi elles figurent la divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation de symptômes intenses dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent l'expert insensible ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

bb) A l'examen médical, l'experte a relevé que la recourante ne présentait pas de fatigabilité ou de ralentissement psychomoteur et qu'elle était parfaitement orientée aux quatre modes. Par ailleurs, aucun élément floride de la lignée dépressive n'a été objectivé. La plainte essentielle consistait en douleurs, non entièrement expliquées sur le plan physique. Ces algies s'accompagnent de conflits psychosociaux conséquents et d'une certaine détresse émotionnelle justifiant le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Pour le reste, l'experte a indiqué que la recherche pour une anxiété généralisée, des attaques de panique, un état de stress post-traumatique, un trouble affectif bipolaire, une psychose, une dépression ou un trouble de personnalité était négative. La recourante ne présente ainsi aucune comorbidité psychiatrique. La Dresse O._____ a noté que l'expertisée ne subit pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, puisqu'elle a des contacts sociaux quotidiennement, notamment avec sa fille et son petit-fils qu'elle va régulièrement chercher à la garderie. Elle s'occupe en outre quotidiennement des tâches ménagères et des intérêts étaient maintenus. Des bénéfiques secondaires sont présents avec la mobilisation de l'entourage et l'évitement d'un rôle à jouer. Aucun échec de traitement n'est à constater vu l'absence de changement de psychotrope, l'amitryptiline pouvant être remplacée par de la duloxétine,

substance entraînant peu d'effets secondaires et agissant conjointement sur la douleur et la thymie. Compte tenu des circonstances, la Dresse O._____ conclut que la recourante dispose des ressources nécessaires pour surmonter ses douleurs, de sorte que le trouble somatoforme douloureux n'est pas invalidant. A cet égard, les constatations du D._____ en 2012 sont concordantes.

Enfin, il y a lieu de noter qu'aucun autre document médical au dossier ne permet d'attester le contraire. L'avis isolé du Dr X._____ (cf. rapport du 14 avril 2004) qui retenait des troubles anxiogènes sévères invalidants n'est pas susceptible de remettre en cause les conclusions de la Dresse O._____. En effet, il n'est pas spécialiste en psychiatrie, alors que la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose précisément la présence d'un diagnostic émanant d'un psychiatre (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6).

Il y a dès lors lieu de suivre les conclusions de l'expertise, à savoir que la recourante présente une capacité de travail entière d'un point de vue psychiatrique.

6. Finalement, il convient d'examiner le calcul du préjudice subi par la recourante. En effet, cette dernière conteste l'abattement de 10% effectué sur le revenu d'invalidité, estimant qu'il aurait dû s'élever à 20% à tout le moins compte tenu notamment de son âge, de sa nationalité, de son absence de formation, de sa fibromyalgie et de son incapacité de travail totale dans son activité habituelle.

a) A teneur de 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.

Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine, en règle générale, en établissant au degré de la vraisemblance

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

Pour établir le revenu que l'assuré pourrait réaliser malgré les atteintes à la santé dont il souffre (revenu d'invalidé), la jurisprudence admet de se référer, à certaines conditions, aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée. En l'absence de formation professionnelle dans une telle activité, il convient de se référer au revenu mensuel brut (valeur centrale) pour une activité simple et répétitive dans l'économie privée, tous secteurs confondus (RAMA 2001 no U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés mentionnés dans l'ESS correspondent à une semaine de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée du travail hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. Par ailleurs, l'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25% au maximum pour en tenir compte (ATF 126 V 75).

b) A juste titre, l'intimé a considéré que, sans atteinte à la santé, la recourante aurait pu réaliser, en 2002, un revenu de 52'780 francs (cf. questionnaire pour l'employeur du 15 octobre 2002). S'agissant du revenu d'invalidé, l'intimé s'est référé à l'ESS 2002 (TA1, niveau de qualification 4), publiée par l'Office fédérale de la statistique. Il a procédé aux adaptations nécessaires pour tenir compte de la durée hebdomadaire

moyenne dans les entreprises, ainsi que de la capacité résiduelle de la recourante.

En ce qui concerne l'abattement de 10% retenu par l'intimé sur le revenu d'invalidé, il tient compte de manière appropriée des effets que l'âge de la recourante (44 ans lors du dépôt de la demande de rente en 2002), sa nationalité tunisienne, son permis C, son entrée en Suisse depuis 1990, son activité professionnelle de 1996 à 2002 auprès de L. _____ SA et la nature de ses limitations fonctionnelles, peuvent avoir concrètement sur ses perspectives salariales dans le cadre d'une activité simple, légère et ne nécessitant pas de formation particulière, essentiellement sédentaire avec une capacité de travail de 50%. Les limitations fonctionnelles, - soit l'alternance de position aux 2 heures, sans port de charges au-delà de 5 kg, de travail en zone basse (pour éviter les genuflexions), de déplacement sur terrain accidenté, sol instable, échelle ou escabeau, sans travail en zone haute qui nécessiterait une élévation des membres supérieurs au-delà de 100° d'abduction, ou qui solliciterait la ceinture scapulaire - ne présentent pas de spécificités telles qu'il y aurait lieu d'en tenir particulièrement compte au titre de la déduction sur le salaire statistique. Cette valeur statistique est suffisamment représentative de ce que la recourante serait en mesure de réaliser en tant qu'invalidé dès lors qu'elle recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes.

Ainsi, vérifiée d'office, la comparaison des revenus (revenu avec invalidité de 21'504 fr. 70 et sans invalidité de 52'780 fr.) n'est pas critiquable et le taux d'invalidité ainsi obtenu (59,25%, arrondi à 59%) ouvre le droit à une demi-rente dès novembre 2002, compte tenu du délai de carence d'une année (art. 28 LAI).

7. a) Vu ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision litigieuse.

b) La recourante n'obtenant pas gain de cause, elle ne peut pas prétendre à des dépens en sa faveur (art. 61 let. g LPGA) et supportera les frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI), arrêtés à 400 francs. Toutefois, dès lors qu'elle est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge du canton (art. 122 al. 1 let. b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

c) Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ).

En l'espèce, Me Bischof a produit une liste de ses opérations le 23 décembre 2014, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 7h58 de prestations d'avocat et 5h10 de prestations d'avocat-stagiaire, soit un montant d'honoraires s'élevant à 1'434 fr. au tarif d'avocat (7h58 x 180 fr.) et 568 fr. 35 pour l'avocat-stagiaire (5h10 x 110 fr.). Il convient d'y ajouter la TVA à 8%, soit 2'162 fr. 55 au total (2'002 fr. 35 + 160 fr. 20). Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). En l'occurrence, c'est un montant forfaitaire de 103 fr. 60 fr., TVA à 8% en sus (8 fr. 30), qui doit être reconnu à ce titre. Le montant total de l'indemnité de Me Bischof s'élève donc à 2'274 fr. 45.

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

prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 7 juin 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (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 Diego Bischof, conseil de la recourante, est arrêtée à 2'274 fr. 45 (deux mille deux cent septante-quatre francs et quarante-cinq 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 judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Diego Bischof (pour S. _____),
- 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 :