

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 septembre 2016

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
Mme Dessaux et M. Piguet, juges  
Greffière : Mme Berseth Béboux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8, 43 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** F.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), ressortissante [...] née en [...], est au bénéfice d'une formation d'aide-soignante. Elle a travaillé du 15 novembre 2004 au 12 septembre 2011 en cette qualité au domicile d'une personne âgée, à raison de 48 heures par semaine (12 heures par jour, de nuit).

Le 13 septembre 2011, après avoir été victime de plusieurs chutes, l'assurée a subi, au genou droit, une arthroscopie diagnostique et une méniscectomie partielle de la corde antérieure du ménisque externe, en présence d'une micro-fracture d'une lésion chondrale du condyle fémoral externe. En totale incapacité de travail depuis le jour de l'opération, elle a perçu des indemnités journalières de Z.\_\_\_\_\_, assureur-accidents, jusqu'au 31 mars 2012.

En raison du décès de la personne dont elle assurait les soins, l'assurée a été licenciée pour le 30 juin 2012. Elle a sollicité le versement d'indemnités de chômage dès le 1<sup>er</sup> juillet 2012.

Dans l'intervalle, le 15 mai 2012, compte tenu de la poursuite de l'incapacité totale de travail, l'Office régional de placement de [...] (ci-après : ORP) a annoncé le cas de l'assurée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), dans le cadre d'une procédure de détection précoce. A l'issue d'un entretien du 26 juin 2012, l'OAI a suggéré à l'assurée de déposer une demande formelle de prestations de l'assurance-invalidité (AI).

Le 13 juillet 2012, l'assurée a déposé une telle demande, invoquant, au titre de l'atteinte, les suites de l'opération de son genou droit le 13 septembre 2011. Elle a indiqué qu'elle avait travaillé à 100% en qualité d'aide-soignante au service d'une personne privée, du 15 novembre 2004 au 12 septembre 2011, pour un salaire annuel de 62'400

fr, précisant travailler occasionnellement comme garde d'enfants pour le compte de la H.\_\_\_\_\_.

Invitée à renseigner l'OAI sur son statut (part active/part ménagère), l'assurée a complété le formulaire « 531bis » le 27 juillet 2012, indiquant que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait comme aide-soignante à 100%, par nécessité financière.

Dans un avis du 30 août 2012, le Dr S.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a indiqué que l'assurée avait fourni quelques documents médicaux faisant état d'une déchirure du ménisque interne du genou droit, objectivée par imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du 2 mars 2011, avec une discrète chondromalacie fémoro-tibiale externe et fémoro-patellaire, accompagnés d'un important épanchement et d'un kyste poplité. Des limitations fonctionnelles durables (marche en terrain accidenté, escaliers, longues marches et longues stations debout, agenouillements et accroupissements) étaient très probables. Le Dr S.\_\_\_\_\_ estimait encore que l'activité habituelle d'aide-soignante n'était plus adaptée, mais que l'assurée disposait d'une capacité de travail entière dans une activité sédentaire essentiellement assise.

Le 13 septembre 2012, Z.\_\_\_\_\_ a transmis son dossier à l'OAI, au sein duquel figuraient notamment :

- un rapport d'IRM du genou droit du 2 mars 2011, concluant à une déchirure de la corne antérieure du ménisque externe accompagnée d'une discrète chondromalacie fémoro-tibiale externe, des minimes remaniements du ménisque interne sans déchirure secondaire, une chondromalacie fémoro-patellaire à focalisation rotulienne inféro-externe au stade IV ainsi qu'un important épanchement accompagné d'un épaissement synovial et d'un kyste poplité ;
- un rapport du 15 août 2011 du Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, à Z.\_\_\_\_\_, posant le diagnostic de déchirure de la corne antérieure du ménisque externe du genou droit. Le médecin indiquait que le traitement, qu'il évaluait à 6 mois, consistait en

physiothérapie et proposait une intervention chirurgicale sous arthroscopie ;

- un compte-rendu opératoire du 15 septembre 2011 de l'intervention pratiquée le 13 septembre 2011 par le Dr P.\_\_\_\_\_, aux termes duquel il a retenu, avec le Prof. W.\_\_\_\_\_, et le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialistes en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, les diagnostics de lésion complexe de la corne antérieure du ménisque externe, de lésion chondrale dans zone portante estimée à 0,25 cm<sup>2</sup> de stade IV et de lésion chondrale stade III fémoro-patellaire du genou droit. Les chirurgiens ont prescrit un arrêt de travail de 6 semaines ;
- un rapport du 18 février 2012 de la Dresse T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, faisant état d'une évolution stationnaire et de limitations à droite. L'assurée était toujours en totale incapacité de travail depuis septembre 2011 et une réévaluation était prévue en mai 2012, pour juger de l'opportunité d'une arthroplastie du genou droit ;
- un rapport d'expertise du 19 avril 2012 à l'attention de Z.\_\_\_\_\_, aux termes duquel le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de status post arthroscopie et ménisectomie partielle externe, status post shaving et micro fractures pour lésions chondrales fémoro-patellaires du genou droit, ainsi que de syndrome fémoro-patellaire à droite. L'expert a retenu que l'assurée avait subi plusieurs chutes, probablement à l'origine de la discrète lésion du ménisque externe et des lésions chondrales observées à l'IRM et lors de l'arthroscopie. La cicatrisation de ces lésions et des micro-fractures chirurgicales prendrait un certain temps et pourrait être favorisée par des injections de viscosupplémentation. La reprise d'une activité moyenne était toutefois possible avant la fin de la cicatrisation, celle d'une activité lourde probablement plus tardivement. Il y avait lieu d'attendre, au degré de la vraisemblance prépondérante, une sensible/notable amélioration de l'état de santé de l'assurée de la continuation du traitement médical. Le Dr M.\_\_\_\_\_ préconisait de mettre fin à la physiothérapie et de

poursuivre la musculation et la mobilisation ; il proposait également des injections de viscosupplémentation afin de limiter l'évolution arthrosique. La durée du traitement était évaluée à deux ans. S'agissant de la capacité de travail, l'expert a estimé que, dans l'activité habituelle d'aide-soignante, l'assurée disposait d'une capacité de travail de 50% à rendement complet, le rendement étant réduit de moitié en cas de travail lourd. Dans une activité adaptée aux limitations relatives à son genou droit, elle bénéficiait d'une pleine capacité de travail, dès le 1<sup>er</sup> avril 2012 ;

- un rapport du 21 mai 2012 de la Dresse T.\_\_\_\_\_ mettant en évidence une aggravation des lésions cartilagineuses du genou droit et une limitation de la mobilité. La praticienne proposait une injection de viscosupplémentation et estimait à encore deux ans la durée du traitement. Se prononçant sur la date de reprise du travail, elle a répondu « *pas actuellement* » ;
- un rapport du 29 mai 2012 du Dr X.\_\_\_\_\_, chef de clinique au Service de chirurgie orthopédique des R.\_\_\_\_\_ (ci-après : R.\_\_\_\_\_), confirmant les diagnostics de déchirure méniscale externe du genou droit, de lésion chondrale stade IV condyle fémoral externe et de chondropathie de stade III fémoro-patellaire du genou droit. Le Dr X.\_\_\_\_\_ précisait qu'il y avait lieu de craindre un préjudice permanent et que sa patiente était, à terme, candidate pour une arthroplastie totale du genou.

Par communication du 1<sup>er</sup> octobre 2012, l'OAI a invité l'assurée à un entretien d'évaluation le 24 octobre 2012, en vue d'une orientation professionnelle.

Le 2 octobre 2012, l'assurée a transmis à l'office un rapport de consultation du 10 août 2012 du Dr X.\_\_\_\_\_, dont la teneur était la suivante :

« Je, soussigné, Docteur X.\_\_\_\_\_, certifie que Madame F.\_\_\_\_\_, née le [...], présente une pathologie à hauteur de son genou droit qui nécessite une réorientation professionnelle.

La pathologie principale est une gonarthrose fémoro-tibiale externe et fémoro-patellaire. Elle a bénéficié d'une arthroscopie pour

ménisectomie partielle externe et microfractures à hauteur du condyle fémoral externe le 13.09.2011.

Dans le cadre de cette gonarthrose évolutive, nous conseillons une réorientation professionnelle de cette patiente qui travaillait comme aide-soignante. La profession devrait solliciter des marches inférieures à ½ heure, des positions debout prolongées inférieures à 2h, et une limitation des activités en montée/descente des escaliers.

Le 1<sup>er</sup> traitement de cette gonarthrose à ce stade est conservateur et basé sur l'usage occasionnel de la physiothérapie et d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens ».

Aux termes d'un rapport initial d'assessment du 24 octobre 2012, le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a indiqué que l'assurée était au bénéfice des indemnités de chômage et qu'elle suivait dans ce cadre la mesure O. \_\_\_\_\_ [O. \_\_\_\_\_], à raison d'une fois par semaine depuis quinze jours. Il a estimé que l'assurée serait une bonne candidate pour une formation de codificatrice médicale, car elle travaillait dans les soins, elle avait déjà suivi des formations médicales assez élevées et elle possédait une bonne connaissance de la terminologie médicale. Au titre de la stratégie de réinsertion professionnelle, il a envisagé des mesures d'intervention précoce sous forme d'un cours d'informatique, d'un test d'évaluation de niveau en vue de la formation de codificatrice, et éventuellement d'une mesure intégrée chez N. \_\_\_\_\_, selon le résultat de la mesure O. \_\_\_\_\_. L'assurée serait aussi mise au bénéfice de mesures d'orientation professionnelle, par exemple par une formation de codificatrice, suivie d'une aide au placement.

Par communication du 2 novembre 2012, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il prenait en charge les frais relatifs à un test d'évaluation préalable (en vue d'une formation de codificatrice), fixé le 21 novembre 2012 auprès de C. \_\_\_\_\_.

De même, le 9 novembre 2012, l'office a confirmé à l'assurée qu'il lui octroyait un cours d'informatique dispensé par J. \_\_\_\_\_ du 8 novembre 2012 au 30 janvier 2013, à raison de dix fois deux heures.

Dans un rapport du 9 novembre 2012 à l'OAI (indexé au dossier le 14 décembre 2012), le Dr X. \_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics

de déchirure du ménisque externe, de lésion chondrale de stade IV fémoral externe et stade III fémoro-patellaire du genou droit. Il a constaté une persistance de douleurs antérieures du genou droit, mais aussi à son versant interne. Il a attesté une totale incapacité de travail dès le 13 septembre 2011 en qualité d'aide-soignante, une réorientation professionnelle lui paraissant nécessaire. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'assurée devait éviter la marche au-delà d'une demi-heure par jour, la station debout continue au-delà de deux heures ; elle devait également restreindre la montée d'escaliers à maximum vingt marches en deux heures. Le Dr X. \_\_\_\_\_ a prescrit la poursuite du traitement conservateur par anti-inflammatoires non stéroïdiens et préconisé d'y ajouter de la physiothérapie, rappelant qu'à terme, une arthroplastie pourrait être indiquée.

Par communication du 4 février 2013, l'OAI a accordé à l'assurée un reclassement professionnel sous forme d'une préformation en terminologie médicale auprès de L. \_\_\_\_\_ à Lausanne, du 13 février au 31 mai 2013, l'assurée ayant échoué au test d'évaluation préalable du 21 novembre 2012.

Par une seconde communication du même jour, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une indemnité journalière d'attente, du 1<sup>er</sup> au 12 février 2013.

Selon une note de suivi du 3 avril 2013, le bilan intermédiaire après 12 cours de préformation auprès de L. \_\_\_\_\_ a mis en évidence une progression lente, mais régulière. La formatrice a observé une dyslexie, impliquant une inversion des syllabes à l'écrit, même lorsqu'on lui épelle lentement les mots. L'assurée rencontrait des difficultés à mémoriser des nouveaux mots ; son niveau de français était très faible, de l'ordre du niveau A1.

Par décision du 15 avril 2013, l'office a accordé à l'assurée une indemnité journalière de 143 fr. 20 pour la période du 1<sup>er</sup> février au 31 mai 2013.

Aux termes d'un rapport du 25 avril 2013, les Drs B. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_, médecins aux R. \_\_\_\_\_, ont posé le diagnostic de suspicion d'atteinte du ménisque externe du genou gauche. Au titre de l'anamnèse, ils ont relevé que le même jour, en marchant rapidement et lorsqu'elle a posé sa jambe gauche, l'assurée a ressenti une douleur aiguë violente au genou gauche, accompagnée d'un bruit. Les médecins ont prescrit un arrêt de travail à 100% du 24 au 30 avril 2013 et ont sollicité une IRM du genou gauche.

Une IRM du genou gauche pratiquée le 29 avril 2013 a conclu aux atteintes suivantes :

« Lésions cartilagineuses de stade III et IV sous forme d'ulcérations et fissures s'étendant jusqu'à l'os sous-chondral aux dépens de la crête et de la facette rotulienne externe aux dépens du sommet de la gorge de la trochlée et du versant postérieur de la zone portante du condyle fémoral externe.

Signes avancés de méniscope de la corne antérieure du ménisque sans image de clivage décelable.

Kyste de Baker et épanchement intra-articulaire abondant ».

Par certificat du 3 mai 2013, le Dr X. \_\_\_\_\_ a prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 19 mai 2013.

Aux termes d'une communication du 17 mai 2013, l'OAI a pris en charge les frais d'un nouveau test préalable auprès de C. \_\_\_\_\_, le 28 juin 2013.

Par une seconde communication du même jour, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une indemnité journalière d'attente dès le 1<sup>er</sup> juin 2013 jusqu'à la mise en place de la prochaine mesure.

Selon une note de suivi du 19 juin 2013, l'assurée a indiqué à l'OAI qu'elle s'était soumise la veille à un autre test de codification organisé par le CHUV, auquel elle avait échoué. Elle expliquait également avoir réalisé que la codification ne lui convenait pas et qu'elle ne pourrait pas travailler dans ce domaine.

Aux termes d'une note de suivi du 2 juillet 2013, le formateur de C. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée avait réussi le test du 28 juin 2013, par 70,5 points sur un minimum de 69 points requis. Vu le résultat limite, il restait cependant dubitatif quant à la réinsertion de l'intéressée dans cette voie, estimant qu'une formation en codage n'était pas la meilleure voie pour elle. L'OAI en a conclu que la formation de codification s'avérait hors de la portée de l'assurée, en raison de ses aptitudes intellectuelles et du traitement de chiffres sur écran tout au long de la journée.

Par communication du 26 août 2013, l'office a mis l'intéressée au bénéfice d'un reclassement professionnel sous forme d'une mesure « Faire le point, faire le pas » auprès de V. \_\_\_\_\_, du 27 août au 19 septembre 2013, au taux de 50%, et lui a octroyé des indemnités journalières d'attente dès la fin de la mesure, soit dès le 20 septembre 2013.

Par décision du 30 septembre 2013, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une indemnité journalière de 143 fr. 20 durant la mesure « Faire le point, faire le pas » du 27 août au 19 septembre 2013, puis durant le délai d'attente dès le 20 septembre 2013.

Dans un rapport de fin de mesure du 7 octobre 2013, la formatrice auprès de V. \_\_\_\_\_ a mis en évidence deux projets professionnels : déléguée médicale, activité pour laquelle il conviendrait d'entreprendre une formation, et visiteuse médicale. La formatrice a observé que pour effectuer les activités qui nécessitaient une station assise durant toute la matinée, l'assurée avait besoin de se lever régulièrement ou de se déplacer. Les positions adoptées ainsi que les changements de temps entraînaient des fatigues inutiles et/ou des douleurs. La formatrice relevait également que l'état du « 2<sup>ème</sup> genou » de l'assurée se dégradait et que, les pistes professionnelles évoquées ne tenant compte que des limitations fonctionnelles liées à un genou, il conviendrait d'examiner ultérieurement le réalisme de ces projets pour le cas où des limitations fonctionnelles devaient toucher les deux genoux.

Par communication du 14 novembre 2013, l'OAI a accordé à l'assurée un reclassement professionnel sous forme d'une préparation à l'examen de déléguée médicale, dispensée par Q.\_\_\_\_\_ à [...], du 27 février au 30 avril 2014. L'office précisait que des indemnités journalières lui seraient allouées, par décision séparée.

Par décision du 3 décembre 2013, l'office a octroyé à l'assurée une indemnité journalière de 143 fr. 20 du 27 février au 30 avril 2014.

Le 11 avril 2014, l'assurée s'est soumise à l'examen de brevet de déléguée médicale, organisé par G.\_\_\_\_\_ (ci-après : G.\_\_\_\_\_), à [...].

Par communication du 5 mai 2014, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'indemnités journalières d'attente dès le 1<sup>er</sup> mai 2014, jusqu'à la mise en place de la prochaine mesure.

Par communication du 19 mai 2014, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il prenait en charge les frais relatifs à une mesure d'accompagnement (coaching « [...] [Soutien à la formation et à l'intégration professionnelle - Soutien à la recherche d'un emploi] » organisée par l'I.\_\_\_\_\_ du 12 mai au 3 août 2014. L'office précisait que l'assurée aurait droit à des indemnités journalières durant la mesure, une décision séparée lui étant adressée à ce propos.

Selon un bilan de mesure du 2 juin 2014, l'office a pris note du fait que l'assurée avait échoué à son examen de brevet de déléguée médicale.

Par communication du 6 juin 2014, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une aide au placement, sous forme d'un soutien dans ses recherches d'emploi.

Par décision du 10 juin 2014, l'office a octroyé à l'assurée une indemnité journalière de 143 fr. 20 pour la période du 12 mai au 3 août 2014.

Le 12 juin 2014, l'office a indiqué à l'assurée qu'il prenait en charge les frais relatifs à la préparation au deuxième passage de l'examen de déléguée médicale auprès d'Q.\_\_\_\_\_, du 1<sup>er</sup> mars au 30 avril 2015, ainsi que ceux relatifs à l'examen lui-même, auprès de G.\_\_\_\_\_.

Dans le cadre de l'aide au placement, l'assurée a rencontré un coordinateur emploi de l'AI le 16 juillet 2014. A l'issue de l'entretien, celui-ci a retenu les éléments suivants :

« 1<sup>er</sup> entretien avec notre assurée dans le cadre de l'aide au placement de l'OAI. Lors de notre rencontre, nous avons pu observer une personne d'une présentation impeccable, et soignée. Malgré cela, elle est soucieuse pour son avenir professionnel, notamment en raison de son âge et de ses ressources. En effet, elle a bénéficié d'un reclassement qui s'est déroulé de la façon suivante : « 1<sup>ère</sup> piste : formation en qualité de codificatrice, pas d'opportunité car peu de place disponible. 2<sup>ème</sup> piste : visiteuse de malade, manque de ressources. 3<sup>ème</sup> piste est celle qui a été retenue : déléguée médicale » qui d'ailleurs est actuellement compromis car elle a échoué son examen (peu à l'aise avec les chiffres), cependant, elle a toujours la possibilité de se représenter à nouveau durant l'année 2015. De plus, une mesure SFIP a été mise sur pied afin de décrocher un stage dans ce domaine. Malheureusement, ils n'ont pas réussi à le faire, dans un délai de 3 mois, seulement un éventuel stage en tant que réceptionniste en EMS pourrait se profiler. Quoiqu'il en soit, maintenant elle doit s'inscrire au chômage, en espérant qu'elle a suffisamment cotisé pour en avoir le droit. D'autre part, nous lui communiquons l'ensemble des mesures auxquelles elle bénéficie afin de soutenir son intégration sur le marché du travail ».

Par courriel du 4 juin 2015, l'assurée a informé l'OAI qu'elle avait échoué une nouvelle fois à l'examen de déléguée médicale.

Selon un rapport final et une fiche de calcul du salaire exigible du 8 juin 2015, le service de réadaptation de l'OAI a fixé le revenu sans invalidité à 62'899 fr. en 2012, et le revenu d'invalidité à 46'297 fr. en 2012, sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), et compte tenu d'un taux d'abattement de 10%, justifié par les limitations fonctionnelles et l'âge de l'assurée. Il a précisé que l'assurée ayant échoué à l'examen de déléguée médicale, le salaire correspondant n'avait pas été

pris en compte comme revenu d'invalidé. Le préjudice économique de l'assurée s'élevait à 16'602 fr., correspondant à un taux d'invalidité de 26%. Au titre d'exemples d'activité adaptée, l'OAI a mentionné réceptionniste en EMS ou en milieu santé/soins/dentaire, hôtesse d'accueil, dame de compagnie, visiteuse de malades, employée de cafétéria en EMS, précisant que l'assurée ne disposait que de peu de chance dans l'activité de déléguée médicale, compte tenu de ses deux échecs aux examens.

Par courrier du 7 juillet 2015, l'OAI a informé l'assurée qu'il mettait fin à l'aide au placement, dans la mesure où il n'avait pas été possible de la réinsérer dans un délai convenable sur le marché de l'emploi.

Dans un avis du 11 novembre 2015, le Dr D.C.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a retenu les diagnostics principaux de lésion du genou gauche à type de déchirure du ménisque interne et troubles dégénératifs du genou droit. Au titre de diagnostics associés non du ressort de l'AI, le médecin a mentionné une hémochromatose, une gonarthrose gauche et un status post TVP [thrombose veineuse profonde] du membre inférieur droit en 1997. Il a fixé le début de l'incapacité durable le 13 septembre 2011. Le Dr D.C.\_\_\_\_\_ a estimé que l'assurée était en totale incapacité de travail dans son activité habituelle, mais qu'elle disposait d'une capacité résiduelle de travail entière dans une activité adaptée, semi-sédentaire, ne nécessitant pas le port de charges supérieures à 10 kg, pas de déplacement en terrain irrégulier, pas de travail en hauteur, sur une échelle, à genou et/ou en station accroupie et pas de position debout prolongée. Dans des activités adaptées, telles que citées en exemple par le service de réadaptation, l'assurée pouvait travailler à 100%, sans baisse de rendement.

Le 16 novembre 2015, l'OAI a rectifié les salaires déterminants pour le calcul du taux d'invalidité en tenant compte de leur indexation pour l'année 2013. Le salaire d'invalidé s'élevait à 46'621 fr. 09 et celui

sans invalidité à 63'339 fr. 29. Le préjudice économique, de 16'718 fr. 20, correspondait à un degré d'invalidité de 26,39%.

Par projet de décision du 17 novembre 2015, l'OAI a signifié à l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations. L'office retenait que l'intéressée n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle depuis le 5 octobre 2010. Compte tenu de la date du dépôt de sa demande, le droit à rente ne pourrait prendre naissance qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2013. Or, à cette date, elle disposait d'une pleine capacité de travail raisonnablement exigible dans une activité adaptée à son état de santé et respectant ses limitations fonctionnelles (activité semi-sédentaire sans port de charges de plus de 10kg, pas de déplacement en terrain irrégulier, pas de travail en hauteur ou sur échelle, pas de travail à genou et/ou en station accroupie, pas de position debout prolongée). Procédant à la comparaison des revenus avec et sans invalidité (respectivement de 46'621 fr. 09 et de 63'339 fr. 29), l'office a abouti un préjudice économique de 16'718 fr. 20, correspondant à un degré d'invalidité de 26%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. En outre, l'office relevait que, dans le cadre des mesures professionnelles, il avait financé une orientation professionnelle, un cours en informatique, un cours en terminologie médicale ainsi qu'un cours de préparation à l'examen de déléguée médicale, et qu'aucune autre mesure n'était susceptible de réduire le préjudice économique.

En l'absence d'observations de la part de l'assurée, l'OAI a confirmé son projet de décision du 17 novembre 2015 par décision du 5 février 2016.

**B.** Par acte du 9 mars 2016, représentée par Inclusion Handicap, F. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision de l'OAI du 5 février 2016 auprès de la Cour des assurances sociales du canton de Vaud, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> janvier 2013 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Dans un premier moyen, la recourante conteste les

conclusions du Dr D.C.\_\_\_\_\_ du SMR, en ce qu'elles attribuent un caractère dégénératif aux lésions du genou droit. Elle relève que, dans son rapport du 9 décembre 2012, sur lequel se fonde pourtant le Dr D.C.\_\_\_\_\_, le Dr X.\_\_\_\_\_ a retenu une déchirure du ménisque externe, une lésion chondrale stade IV fémoral externe et stade III fémoro-patellaire au niveau du genou droit. La recourante se réfère également à l'IRM du 2 mars 2012, laquelle avait mis en évidence une affection importante à son genou droit. L'intéressée s'étonne au demeurant que le Dr D.C.\_\_\_\_\_ ait maintenu, dans son rapport du 11 novembre 2015, les mêmes limitations fonctionnelles que celles fixées par son confrère le Dr S.\_\_\_\_\_ le 30 août 2012, alors même qu'une aggravation de son état de santé a été médicalement attestée en 2013. Elle estime que ces éléments sont de nature à remettre en cause la valeur probante du rapport du Dr D.C.\_\_\_\_\_ et que, compte tenu des doutes existant quant à la fiabilité de l'avis du médecin du SMR, l'OAI aurait dû instruire plus avant, afin de déterminer les limitations fonctionnelles et la capacité résiduelle de travail sur la base de l'aggravation de son état de santé. Toujours selon la recourante, les avis de la formatrice de V.\_\_\_\_\_ (cf. rapport final du 7 octobre 2013) et du Dr F.X.\_\_\_\_\_, médecin au Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des R.\_\_\_\_\_ (cf. certificat du 2 octobre 2014 produit avec son recours) vont dans le sens du caractère non adapté des activités proposées jusqu'alors par l'OAI. Dans un second moyen, la recourante conteste les revenus avec et sans invalidité retenus par l'OAI. Procédant à un nouveau calcul, l'assurée estime présenter un degré d'invalidité de 40,46%, lui ouvrant le droit à un quart de rente.

Dans une réponse du 26 avril 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise. Il relève que l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était exigible à plein temps depuis plusieurs années. Les mesures de reclassement entreprises n'avaient pas conduit au résultat escompté en raison de l'échec aux examens. De nouvelles mesures professionnelles n'étant pas indiquées, l'office avait procédé à la comparaison des revenus réalisables avec et

sans atteinte à la santé, et abouti à un degré d'invalidité de 26,39%, insuffisant pour l'ouverture d'un droit à la rente.

Par réplique du 20 mai 2016, l'assurée a maintenu ses conclusions.

Le 9 juin 2016, l'assurée a produit une liasse de pièces médicales, à savoir :

- des certificats médicaux de la Dresse T.\_\_\_\_\_ des 19 octobre, 2 novembre, 12 et 30 décembre 2015, et 21 janvier 2016, attestant une incapacité de travail de 100% du 19 octobre au 30 novembre 2015, puis de 50% du 1<sup>er</sup> décembre 2015 au 20 janvier 2016, puis à nouveau de 100% dès le 21 janvier 2016, à réévaluer ;
- des certificats du Dr F.M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, des 21 janvier et 26 février 2016, faisant état d'une totale incapacité de travail dès le 21 janvier 2016, renouvelée « *dès le mars* » ;
- des certificats établis les 19 avril, 17 et 24 mai 2016 par la Dresse G.P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, attestant une totale incapacité de travail du 19 avril au 21 juin 2016,
- une attestation médicale du 14 mars 2016 de la Dresse T.\_\_\_\_\_ indiquant que l'incapacité de travail de sa patiente était probablement provisoire, mais que sa durée ne pouvait pour l'heure être définie, des investigations médicales étant en cours,
- un rapport du 26 mai 2016 de la Dresse G.P.\_\_\_\_\_ à la Dresse T.\_\_\_\_\_, dans lequel la rhumatologue s'exprimait en ces termes :

« Voici quelques informations concernant la patiente susnommée que j'ai revue en consultation le 24 mai.

Je ne reviendrai pas sur l'histoire médicale de Madame F.\_\_\_\_\_ que vous connaissez bien mais rappellerai seulement qu'elle présente des gonalgies chroniques bilatérales, plus marquées à G [gauche] avec un épanchement articulaire récidivant. Les gonalgies sont partiellement soulagées par un traitement de Paracétamol® et d'Ibuprofène® ; de nombreuses séances de physiothérapie n'amènent pas de bénéfice.

Dans ces antécédents, on note une ménisectomie externe partielle du genou D [droit] en 2011.

L'IRM du genou G [gauche] réalisée en avril 2013 met en évidence des lésions cartilagineuses avancées prédominant au niveau de l'articulation fémoro-patellaire et du condyle fémoral externe avec un kyste de Baker et un épanchement intra-articulaire abondant. Les radiographies réalisées en septembre 2015 retrouvent une gonarthrose tri-compartmentale avec un discret pincement du compartiment fémoro-tibial externe.

L'examen clinique retrouve au niveau du genou G [gauche] un discret épanchement intra-articulaire entraînant une limitation de la flexion maximale à 100° ; au niveau du genou D [droit] absence de limitation fonctionnelle significative ; présence d'un rabot rotulien bilatérale plus marquée à G [gauche], genu valgum bilatéral prédominant à D [droit], BMI=23.

Deux infiltrations de corticostéroïde en mars puis en avril 2016 amènent une résorption de l'épanchement articulaire transitoire. Une infiltration d'acide hyaluronique est effectuée le 24 mai au niveau du genou G [gauche].

Comme nous en avons discuté, la situation de Madame F. \_\_\_\_\_ est complexe. En raison de ces gonalgies chroniques, actuellement plus marquées à G [gauche], Madame F. \_\_\_\_\_ a dû cesser son activité professionnelle antérieure d'aide-soignante, puis de garde d'enfants. Elle a échoué dans une démarche de reconversion professionnelle de l'AI. Elle arrive prochainement en fin de droit auprès de l'assurance-chômage et n'aura vraisemblablement pas droit aux prestations de l'Hospice Général.

Je reverrai Madame F. \_\_\_\_\_ dans 1 mois. En cas de persistance de gonalgies invalidantes, j'adresserai Madame F. \_\_\_\_\_ à la consultation d'orthopédie des R. \_\_\_\_\_ pour un 2ème avis. »

Répliquant le 30 juin 2016, l'intimé a pris acte des différents certificats médicaux précités et, relevant que l'assurée avait été vue par un spécialiste le 24 mai 2016, s'est prononcé selon ce qui suit :

« (...)

Au vu du degré d'invalidité de 26,39 % retenu depuis plusieurs années, une période prolongée d'incapacité de travail dans toute activité pourrait, si elle se confirme, avoir une influence sur la décision attaquée, puisque l'on peut dans ce genre de situation procéder à un calcul de l'invalidité moyenne pendant un an et qu'il n'est pas exclu que l'on atteigne environ 40% le 5 février 2016, date de cette décision.

Nous ne sommes cependant pas suffisamment renseignés sur la question de savoir, si une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était envisageable ou non pendant les périodes mentionnées sur les certificats médicaux, et si oui, à quel taux.

Sans informations médicales complémentaires, nos conclusions ne pourraient qu'être maintenues et nous devrions à nouveau proposer le rejet du recours et le maintien de la décision querellée ».

Par duplique du 25 août 2016, la recourante a relevé que les incapacités de travail attestées par les Drs T.\_\_\_\_\_ et F.M.\_\_\_\_\_ pour la période s'étendant dès le 19 octobre 2015, confirmant l'aggravation de son état de santé mise en évidence en 2013, étaient, d'une part, antérieures à la décision attaquée, et, d'autre part, postérieures au rapport du service de réadaptation du 8 juin 2015. Ce dernier ne tenait ainsi pas compte de l'aggravation de son état de santé, de sorte que l'activité de déléguée médicale ne pouvait être déclarée comme adaptée sans mesures d'instruction complémentaires.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

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

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'AI à la suite de sa demande du 13 juillet 2012. Est en particulier litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'AI, singulièrement à une rente d'invalidité, étant précisé que l'intéressée a perçu des indemnités journalières du 1<sup>er</sup> février 2013 au 3 août 2014.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins ; un taux d'invalidité de 40% au

moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à un trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (art. 28 LAI).

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C\_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1 et 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1 ; RCC 1980 p. 263 ; Pratique VSI 2002 p. 64 ; TF 9C\_58/2013 du 22 mai 2013 op. cit., I 312/2006 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

**c)** 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 (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

**d)** L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire

sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013, consid. 3.1, 9C\_1001/2012 du 29 mai 2013, consid. 2.2 et 9C\_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée ; TF 9C\_205/2013 du 1<sup>er</sup> octobre 2013, consid. 3.2, 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013, op. cit., 9C\_66/2013 du 1<sup>er</sup> juillet 2013, consid. 4, 9C\_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.1, 8C\_658/2008 et 8C\_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1).

**4.** Dans le cas d'espèce, l'assurée a requis des prestations de l'AI le 13 juillet 2012, après qu'une procédure de détection précoce ait été initiée par l'ORP de [...]. Par la décision entreprise, l'intimé a rejeté ladite demande, au motif que l'assurée présentait un taux d'invalidité de 26%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente, aucune nouvelle mesure de réadaptation autre que celles déjà accordées n'étant au demeurant susceptible de réduire le préjudice économique.

**a)** Sur le plan médical, il est admis par toutes les parties que l'assurée présente une totale incapacité de travail dans son activité habituelle d'aide-soignante, qui n'est plus adaptée à son état de santé (cf. notamment avis du SMR des 30 août 2012 et 11 novembre 2015, cf. également décision de l'OAI du 5 février 2016, p. 1). Est par contre litigieuse la question de sa capacité de travail dans une activité adaptée.

Se fondant sur les conclusions du SMR (cf. avis du Dr D.C.\_\_\_\_\_ du 11 novembre 2015), l'OAI a retenu qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2013, date déterminante pour l'ouverture du droit à une éventuelle rente, l'assurée présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir les activités semi-sédentaires sans port de charges excédant 10 kg, ne nécessitant pas de déplacement en terrain irrégulier, pas de travail en hauteur, sur échelle, à genou et/ou en station accroupie et pas de position debout prolongée. En cela, le Dr D.C.\_\_\_\_\_ a repris les limitations fonctionnelles mises en évidence par le Dr X.\_\_\_\_\_ le 9 novembre 2012.

De son côté, la recourante remet en cause la valeur probante du rapport du Dr D.C.\_\_\_\_\_, en ce sens notamment qu'il retient les mêmes limitations fonctionnelles que son confrère S.\_\_\_\_\_ le 30 août 2012, alors même que son état de santé a subi une aggravation en 2013, sous forme d'une atteinte à son genou gauche, en sus du droit, déjà touché. Elle conteste en outre les conclusions du Dr D.C.\_\_\_\_\_ lorsqu'il attribue des origines dégénératives aux atteintes touchant son genou droit, estimant qu'elles sont en contradiction avec les rapports du Dr X.\_\_\_\_\_, sur lesquels le médecin du SMR dit pourtant se fonder.

**b)** Au vu des pièces au dossier, il appert qu'au moment du dépôt de sa demande de prestations, la recourante souffrait d'une atteinte à son genou droit. Elle présentait une déchirure de la corne antérieure du ménisque externe, des lésions chondrales fémoro-tibiales et fémoro-patellaire, un important épanchement ainsi qu'un kyste poplité. Le 13 septembre 2011, elle a subi une menisectomie partielle du genou droit par arthroscopie. Le Dr P.\_\_\_\_\_, qui avait pratiqué l'intervention, a prescrit un arrêt de travail de six semaines (cf. compte rendu opératoire du 15 septembre 2011). L'incapacité de travail a ensuite été prolongée à 100% pour une durée indéterminée (cf. notamment rapports des 19 février et 21 mai 2012 de la DresseT.\_\_\_\_\_ et rapport du 9 novembre 2012 du Dr X.\_\_\_\_\_, confirmant ses certificats médicaux d'incapacité des 16 mai, 29 mai et 5 juillet 2012).

Dans un rapport du 19 avril 2012, mandaté en qualité d'expert par l'assureur-accidents Z.\_\_\_\_\_, le Dr M.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de status post arthroscopie et méniscectomie partielle externe, de status post shaving et micro-fractures pour lésions chondrales fémoro-patellaire du genou droit et de syndrome fémoro-patellaire au genou droit. Le chirurgien estimait que la cicatrisation de ces lésions et des micro-fractures chirurgicales prendrait un certain temps, mais que la reprise d'une activité moyenne était possible avant la fin de la phase de cicatrisation, alors que celle d'une activité lourde interviendrait probablement plus tardivement. Ainsi, de l'avis du Dr M.\_\_\_\_\_, l'assurée disposait d'une capacité de travail limitée à 50% (en temps) dans l'activité habituelle d'aide-soignante, son rendement étant encore susceptible d'être diminué de moitié en cas de tâches lourdes. Par contre, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles relatives à son genou droit, elle était au bénéfice d'une pleine capacité de travail dès le 1<sup>er</sup> avril 2012.

Sur la base de ce rapport d'expertise, Z.\_\_\_\_\_ a mis fin à ses prestations au 31 mars 2012. De son côté, le Dr S.\_\_\_\_\_ du SMR a estimé que l'activité habituelle n'était plus exigible, mais que l'assurée disposait d'une capacité de travail entière dans une activité sédentaire essentiellement assise. Aux titres des limitations fonctionnelles, le Dr S.\_\_\_\_\_ a retenu que l'assurée devait éviter la marche en terrain accidenté, les escaliers, les longues marches ou longues stations debout, les agenouillements ainsi que les accroupissements (cf. avis du SMR du 30 août 2012). L'OAI a mis en œuvre plusieurs mesures de réadaptation dès octobre 2012, lesquelles n'ont toutefois pas abouti, l'assurée n'ayant en dernier lieu pas réussi les examens de déléguée médicale, malgré deux tentatives. L'intimé a mis fin au processus de réadaptation en juin 2015 et entrepris de procéder au calcul du degré d'invalidité.

Sur le plan médical, entretemps, une atteinte au genou gauche a été décelée. Une IRM pratiquée le 29 avril 2013 a mis en évidence des lésions cartilagineuse de stade III et IV, des signes avancés de méniscose de la corne antérieure du ménisque, un kyste de Baker et un épanchement

intra-articulaire abondant. Du fait de cette atteinte, le Dr X.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail à 100% du 25 avril au 19 mai 2013.

Avant de procéder à la comparaison des revenus, l'OAI a transmis le dossier à son SMR. Dans son avis du 11 novembre 2015, le Dr D.C.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics principaux de lésion du genou gauche à type de déchirure du ménisque interne et troubles dégénératifs du genou droit. Il a par contre estimé que les diagnostics associés d'hémochromatose, de gonarthrose gauche et de status post thrombose veineuse profonde de la jambe droite en 1997 n'étaient pas du ressort de l'AI. Retenant les limitations fonctionnelles mises en évidence par le Dr X.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 9 décembre 2012, superposables à celles soulevées par le Dr S.\_\_\_\_\_ en 2012 (activités semi-sédentaires sans port de charges excédant 10 kg, ne nécessitant pas de déplacement en terrain irrégulier, pas de travail en hauteur ou sur échelle, à genou et/ou en station accroupie et pas de position debout prolongée), le Dr D.C.\_\_\_\_\_ a estimé que l'assurée bénéficiait d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, sans baisse de rendement.

Sur le principe, et contrairement à ce que soutient la recourante, le fait qu'elle souffre depuis 2013 d'atteintes à son genou gauche également, en sus de celles affectant son genou droit depuis 2011, n'implique pas que le Dr D.C.\_\_\_\_\_ soit dans l'erreur lorsqu'il retient des limitations fonctionnelles superposables à celles mises en évidence en 2012, alors que l'atteinte ne touchait encore qu'un seul genou. Un assuré présentant des atteintes à l'articulation du genou doit éviter le même type de mouvements et d'activités, qu'il soit touché à un seul ou aux deux genoux. De même, dès lors qu'une pathologie du genou impose de se limiter à des activités relativement légères et sédentaires, la capacité de travail dans le cadre d'une telle activité ne se trouvera pas forcément réduite du fait que l'assuré souffre soudain des deux genoux. En outre, le fait que le Dr D.C.\_\_\_\_\_ ait apparemment inversé les diagnostics inhérents aux deux genoux, en faisant état de déchirure du ménisque à gauche et de lésion dégénératives à droite, n'est pas non plus, à lui seul, déterminant s'agissant de la valeur probante de son rapport.

Si les griefs de la recourante à l'encontre de l'avis du Dr D.C. \_\_\_\_\_ ne sont pas convaincants, le rapport du médecin du SMR ne suffit néanmoins pas à fonder la décision entreprise. Lorsqu'il s'est prononcé dans son avis du 11 novembre 2015, le Dr D.C. \_\_\_\_\_ s'est référé, selon ses propres notes de bas de page, au rapport du Dr X. \_\_\_\_\_ du « 12 décembre 2012 » [recte : du 9 novembre 2012, annexé le 12 décembre 2012]. C'est en effet le dernier rapport au dossier de l'intimé concernant le genou droit de l'assurée. Les seules pièces plus récentes datent du printemps 2013, soit un rapport du 25 avril 2013 des Dr B. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_, suspectant une atteinte du ménisque externe du genou gauche, ainsi qu'un rapport d'IRM du 29 avril 2013, faisant état de lésions dégénératives au genou gauche. Il ne ressort pas clairement de l'avis du Dr D.C. \_\_\_\_\_ s'il a pris en compte ces nouvelles atteintes au genou gauche. D'un côté, il ne se réfère qu'au rapport du 9 décembre 2012 du Dr X. \_\_\_\_\_, antérieur au diagnostic des lésions à gauche. D'un autre côté, il fait état d'une gonarthrose à gauche, qu'il juge cependant comme n'étant pas du ressort de l'Al, sans toutefois motiver son avis. Le fait qu'il ait apparemment inversé les diagnostics des deux genoux, même s'il n'est pas déterminant à lui seul, affaiblit cependant un peu plus encore la force probante de son avis. En sus de cela, malgré le long laps de temps écoulé entre l'obtention des derniers avis médicaux et l'examen du droit à la rente (près de trois ans), l'intimé n'a pas actualisé son dossier médical par l'envoi de questionnaires médicaux aux médecins traitants. Le Dr D.C. \_\_\_\_\_ ne l'a pas requis non plus, se contentant de conclure, sur dossier, que l'assurée disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis août 2012. Pourtant, le risque d'une aggravation ne pouvait être exclu compte tenu de la nature des atteintes et de l'âge de l'assurée, le Dr X. \_\_\_\_\_ ayant indiqué que l'assurée était à terme une candidate pour une arthroplastie totale du genou (cf. rapports des 29 mai et 9 décembre 2012). On relèvera à ce propos que si les médecins traitants avaient été interpellés, nul doute qu'ils auraient déposé des rapports médicaux concernant la période postérieure à 2012, notamment émanant d'autres spécialistes.

Or, en cours de procédure de recours, l'assurée a produit différentes pièces médicales attestant une incapacité de travail. Ainsi, par certificat du 19 octobre 2015, antérieur à la décision entreprise, rendue le 5 février 2016, la Dresse T.\_\_\_\_\_ a attesté une totale incapacité de travail dès le même jour. L'arrêt de travail a été reconduit jusqu'au 30 novembre 2015 à 100%, puis à 50% du 1<sup>er</sup> décembre 2015 au 20 janvier 2016, puis à nouveau à 100% dès le 21 janvier 2016, à réévaluer. Une totale incapacité de travail a été confirmée par la suite par la Dresse G.P.\_\_\_\_\_, rhumatologue, qui a assuré un suivi régulier de l'assurée, avec tout au moins trois consultations entre le 19 avril et le 24 mai 2016, (une quatrième étant prévue un mois plus tard), et qui envisageait de solliciter un second avis auprès du service d'orthopédie des R.\_\_\_\_\_ en cas de persistance des gonalgies invalidantes. La rhumatologue relève qu'en 2013 ont été diagnostiquées des lésions cartilagineuses avancées prédominant au niveau de l'articulation fémoro-patellaire et du condyle fémoral externe avec un kyste de Baker et un épanchement intra-articulaire abondant. Des radiographies effectuées en septembre 2015 avaient mis en évidence une gonarthrose tri-compartementale avec un discret pincement du compartiment fémoro-tibial externe, la Dresse G.P.\_\_\_\_\_ relevant que le genou gauche était dorénavant le plus atteint (cf. certificats médicaux des 19 avril, 17 et 24 mai 2016 et rapport du 26 mai 2016). En sus de cela, la recourante a produit des certificats d'incapacité de travail émanant du Dr F.M.\_\_\_\_\_, psychiatre, également antérieurs à la décision attaquée, faisant état d'une totale incapacité de travail dès le 21 janvier 2016, vraisemblablement pour une durée indéterminée.

Au vu de ce qui précède, le dossier en main du Tribunal n'est pas suffisamment complet pour se prononcer sur l'état de santé de l'assurée au moment de la décision entreprise ainsi que sur ses effets sur sa capacité de travail dans une activité adaptée. On notera encore à cet égard que le rapport d'expertise du Dr M.\_\_\_\_\_ n'est pas d'un recours suffisant, dès lors qu'il a été établi le 19 avril 2012, soit environ un an avant l'apparition des lésions au genou gauche. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI - à qui il appartient au

premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune, étant rappelé que l'intimé n'a pas actualisé son dossier médical avant de rendre la décision entreprise et que la recourante a produit des pièces attestant de nouvelles atteintes, n'ayant pas fait l'objet d'une instruction. L'intimé n'y semble au demeurant pas opposé puisque, dans sa duplique du 30 juin 2016, il indique qu'une période prolongée d'incapacité de travail dans toute activité pourrait avoir une influence sur la décision attaquée, puisqu'il n'est pas exclu que l'on atteigne une invalidité d'environ 40% le 5 février 2016. Il incombera ainsi à l'intimé d'actualiser le dossier médical de l'assurée. Si nécessaire, il procédera ensuite à une évaluation orthopédique, et cas échéant psychiatrique, de l'état de santé de la recourante et de ses incidences sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Demeure réservée la faculté d'y associer toute autre spécialité médicale jugée opportune. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'OAI de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

**c)** Vu l'issue du litige s'agissant des seules considérations d'ordre médical, il n'est pas nécessaire d'examiner les griefs de la recourante s'agissant des éléments économiques retenus par l'intimé dans le calcul de son degré d'invalidité.

**5. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (cf. art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. également art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). En l'espèce, les dépens sont arrêtés à 1'500 fr., TVA comprise, à la charge de l'intimé qui succombe (cf. art. 55 al. 2 et 56 al. 2 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 5 février 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Inclusion Handicap (pour la recourante), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :