

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 août 2018

Composition : M. PIGUET, président
MM. Neu et Métral, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

O. _____, à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6ss, 17, 44 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 2 et 29 al. 1 et 3 LAI ; 49 al. 2 RAI

E n f a i t :

A. O. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est la mère de quatre enfants majeurs. Sans formation professionnelle, elle travaillait depuis le 1^{er} juin 1992, comme aide de cuisine au K. _____ (K. _____). En surcharge pondérale, elle est connue, depuis 1995, pour des problèmes de gonarthrose tricompartmentale bilatérale avec blocage récidivant de plus en plus important qui, malgré plusieurs interventions chirurgicales (arthroscopie du genou droit [en 2000] puis du genou gauche [en 2002]), l'ont contrainte à réduire progressivement son taux d'activité à 75 % depuis 2002 et à 50 % à partir du 1^{er} mars 2007. Elle avait déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité en janvier 2007 en raison de ses douleurs aux genoux et de migraines qui s'était soldée par un refus de rente et de mesures professionnelles compte tenu du taux d'invalidité de 18 % (décision du 18 février 2008).

B. A l'arrêt dès le 19 juillet 2008, elle a bénéficié d'une prothèse totale du genou (PTG) droit le 6 mai 2009 à l'Hôpital [...] par le Dr T. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, justifiant le maintien d'une totale incapacité de travail depuis l'intervention.

Le 14 août 2009, l'assurée a été annoncée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) dans le cadre d'une démarche de détection précoce compte tenu de l'aggravation de son état de santé. Cette procédure a débouché sur le dépôt d'une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 28 septembre 2009.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des médecins consultés par l'intéressée (rapport du 13 octobre 2009 du Dr T. _____ notamment), qu'il a soumis pour avis à son médecin-conseil. Dans un rapport du 3 mars 2010, le Dr P. _____, médecin auprès du Service

médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité, a retenu comme atteinte principale une gonarthrose bilatérale, avec une prothèse totale de genou à droite en mai 2009 (M17.0). Pour le médecin du SMR, la capacité de travail de l'assurée était, depuis le mois de novembre 2009 (six mois après la pose de la PTG droite), de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée à son état orthopédique avec les limitations fonctionnelles suivantes : pas de marche en terrain accidenté, pas de longues marches ni de longues stations debout et pas d'agenouillement ni d'accroupissement.

L'assurée a bénéficié d'une mesure d'intervention précoce (MIP) sous forme d'un cours de formation (informatique) auprès de [...] à **Gland** du 23 mars au 18 juin 2010, prolongée jusqu'au 31 juillet 2010 (communications des 5 mars et 14 juin 2010) ainsi que d'une aide au placement (communication du 3 septembre 2010), clôturée le 19 juillet 2011. Il a également été convenu avec l'intéressée d'une intervention auprès de son employeur en vue d'adapter son poste de travail (« Note 1^{er} entretien de placement » du 20 octobre 2010).

En parallèle, l'assurée s'est soumise le 7 juillet 2010 à une arthrolyse sous arthroscopie de son genou déjà opéré (rapport du 14 décembre 2010 du Dr T._____).

Dans un rapport du 22 août 2011 à l'OAI, la Dresse G._____, médecin-chef auprès du service de Médecine du personnel du K._____, a posé les diagnostics de gonarthrose bilatérale sévère et de migraines. On extrait notamment ce qui suit du rapport de ce médecin :

[...]

Mme O._____ est revue en début d'année 2011 : elle présente des limitations fonctionnelles concernant la station debout prolongée et les déplacements à pied répétés.

Elle reprend à son taux contractuel de 50% le 24.01.2011 au restaurant de [...] avec certains aménagements : elle effectue l'encaissement des repas de midi en position semi-assise devant la caisse. Elle réalise diverses tâches variées (couper le pain, vidanger la machine à laver, trier les services, mettre les carafes d'eau sur la table, préparer les chariots du petit-déjeuner, etc.). Elle assure aussi le débarrassage des plateaux de repas sales sur un chariot. Cette

activité se révèle particulièrement difficile pour Mme O. _____ qui présente une recrudescence des gonalgies des 2 côtés lorsqu'elle doit pousser/tirer le chariot rempli de plateaux.

Par ailleurs, selon les évaluations effectuées régulièrement par ses supérieurs, ils constatent un rendement diminué pour assurer les tâches du cahier des charges prévu et il s'avère impossible de procéder à des adaptations supplémentaires de l'activité.

En avril 2011 Mme O. _____ présente une recrudescence des gonalgies du côté G, avec aggravation à la marche et au piétinement sur place. Elle est alors dispensée des tâches de débarrassage des plateaux sales.

Une intervention chirurgicale pour la mise en place d'une PTG est envisagée par son médecin orthopédiste. Actuellement la situation est stable concernant son genou D.

Conclusion :

Depuis 2008 Mme O. _____ n'est pas parvenue à reprendre son activité à son poste de travail, tel que prévu dans son cahier des charges. Elle a repris le travail au prix d'aménagements conséquents de l'activité. Force est de constater que malgré les adaptations mises en place elle présente des limitations fonctionnelles telles qu'elle ne parvient pas à maintenir une capacité de 50%.

Actuellement, l'incapacité de travail est totale en raison des gonalgies G au 1er plan.

A la lumière de ces éléments et de l'évolution de la situation marquée par une atteinte du genou G nécessitant une intervention chirurgicale, nous proposons que son dossier puisse être réexaminé en tenant compte de ces informations.

Les 12 septembre et 11 octobre 2011, la Dresse G. _____ a confirmé qu'en raison de son état de santé, des limitations fonctionnelles importantes entravaient la reprise à mi-temps de l'activité usuelle d'employée de restauration. La capacité de travail de l'assurée était nulle dans son poste de travail comme dans toute autre activité professionnelle nécessitant de travailler en position debout, des déplacements fréquents ou sur de longues distances et des tâches impliquant de la manutention de charges (porter, tirer, pousser). Selon ce médecin, la situation devait être réévaluée en fonction de l'évolution liée au traitement des gonalgies gauches.

Dans un rapport du 16 novembre 2011 à l'OAI, W. _____, responsable RH du K. _____, a indiqué que, selon ses supérieurs, le « rendement » réel de l'assurée était de 25 % environ, soit la moitié de son taux contractuel, malgré les adaptations du poste de travail et la

fourniture d'une chaise spéciale. L'état de santé de l'intéressée ne lui permettait plus d'œuvrer au sein d'une structure de cuisine telle que [...], de sorte qu'il y avait lieu de trouver une activité mieux adaptée à un taux d'activité revu à la baisse.

Dans un avis du 15 février 2012, les médecins du SMR ont constaté la nécessité de clarifier la répercussion des atteintes sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée et proposé à l'OAI la mise en œuvre d'un examen rhumatologique ou orthopédique.

L'assurée s'est soumise le 26 mars 2012 à un examen clinique orthopédique dans les locaux du SMR à [...]. Dans son rapport du 10 mai 2012, le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic incapacitant de gonarthrose primaire bilatérale, status après arthroplastie totale du genou droit (M17.0) et ceux, sans effet sur la capacité de travail, d'obésité (BMI [Body Mass Index] à 32.1), de migraines avec aura, de status après arthrolyse du genou droit en juillet 2010 et de status après arthroscopie des deux genoux. On extrait notamment ce qui suit de la rubrique « Appréciation du cas » de son rapport :

[...]

En ce qui concerne la capacité de travail, le métier d'aide de cuisine ne respecte pas les limitations fonctionnelles. Sa capacité de travail dans ce type de métier est nulle. Dans une activité sédentaire, principalement assise, la capacité de travail de l'assurée est complète avec une diminution du rendement estimée à 25% en raison des difficultés pour les déplacements et les douleurs, à partir de janvier 2011. Durant la période comprise entre octobre 2008 et fin décembre 2011, la capacité de travail de l'assurée est nulle dans toute activité.

Limitations fonctionnelles

Travail sédentaire ou semi-sédentaire principalement assis. Doit éviter le port de charges. Doit éviter les travaux accroupis ou à genou. De courts déplacements à plat sont possibles.

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

Travaille à 75 % à partir de 2002. Travaille à 50 % à partir de mars 2007. Arrêt de travail à 100 % à partir du 19.10.2008.

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

Reprise du travail à 50 % à partir du 24.01.2012. Arrêt de travail à 100 % à partir de janvier 2012.

Capacité de travail exigible

Dans l'activité habituelle : 0 %

Dans une activité adaptée : 75 %

Le 13 mars 2013, l'assurée a bénéficié de la pose d'une prothèse totale du genou gauche. Interpellé sur l'incidence de ce geste chirurgical, le Dr T._____ a informé l'OAI de l'impossibilité pour l'intéressée de retravailler pour l'instant et, au vu des deux prothèses de genoux, de la nécessité d'un recyclage dans une profession exercée « tantôt assise, tantôt debout » semblant opportun, activité où « on pourrait envisager une reprise à 50 % à partir d'octobre 2013 probablement ». L'assurée devait être revue à l'automne 2013 en vue de procéder à une éventuelle arthrolyse du genou gauche si elle n'atteignait pas une flexion suffisante à ce moment-là (rapport du 19 août 2013). En l'absence de progression en flexion avec ce genou lors du contrôle le 29 octobre 2013 (protocole d'examen du 31 octobre 2013), l'assurée a subi une arthrolyse arthroscopique le 6 novembre 2013.

Le 14 mars 2014, le Dr T._____ a répondu comme suit aux questions adressées par l'OAI :

1. *Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?*

Status après prothèses de genoux bilatérales. Status après arthrolyse genou gauche.

2. *Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?*

Au contrôle du 13.03.14, on constate que la flexion au niveau du genou gauche reste difficile. Il y a un blocage vers 85° et malgré des exercices personnels réguliers et de la physiothérapie bien suivis, la situation est assez stagnante. Pour l'instant, nous n'avons pas d'autres solutions. Une nouvelle reprise chirurgicale ne nous paraît pas indiquée en l'état des choses. Il est possible encore que peu à peu elle gagne de la mobilité.

3. *Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ?*

4. *Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?*

La capacité de travail dans l'activité exercée par la patiente (travaille au réfectoire du K. _____ à [...]) est actuellement d'environ 50%. Il serait toutefois souhaitable qu'elle puisse avoir une activité professionnelle où elle puisse être de temps en temps assis[e]. Si tel était le cas, la capacité de travail pourrait probablement peu à peu être augmentée.

5. *Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?*

Il s'agit de limitations inhérentes au fait qu'elle a 2 prothèses de genoux et qu'elle a une mobilité un peu insuffisante à gauche. Elle est encore sensible aux stations debout prolongées.

6. *Quels sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?*

Pour l'instant, on l'avait gardée à 100 % d'incapacité de travail en raison des difficultés d'évolution après l'arthrolyse. On peut considérer sur un plan théorique que dès maintenant elle serait apte à 50 % pour autant qu'elle puisse disposer d'un travail adapté.

En vue de soumettre le cas pour nouvel avis au SMR, l'OAI a entrepris de réactualiser les données médicales. Dans ce contexte, les pièces médicales suivantes ont été recueillies au dossier :

- un rapport du 15 octobre 2014, dans lequel la Dresse A. _____, médecin traitant, a indiqué les diagnostics déjà connus, tout en ajoutant celui d'état anxio-dépressif (depuis 2004). Evoquant des restrictions physiques (position debout) sous la forme de douleurs et boiterie, ce médecin renvoyait l'OAI à l'avis du Dr T. _____ quant à l'évaluation de l'incapacité de travail de l'assurée, précisant toutefois que l'activité usuelle n'était plus exigible en raison du port de plateaux, du nettoyage et des déplacements, mais qu'une activité exercée en position assise restait envisageable jusqu'à quatre heures par jour ;

- un rapport du 27 mars 2015, aux termes duquel les Dresses G. _____ et C. _____ ont posé les diagnostics suivants :

- Gonarthrose bilatérale sévère avec :
 - Status post prothèse totale du genou G le 13.03.2013
 - Status post arthroscopie du genou D en 2010
 - Status post prothèse totale du genou D en mai 2009

- Etat anxio-dépressif réactionnel
- Lombalgies sur probable trouble dégénératif
- Migraines

Les Dresses G._____ et C._____ se sont notamment exprimées comme suit sur la capacité de travail de l'assurée :

[...]

Elle est limitée pour les positions statiques prolongées, la descente d'un escalier et ne peut pas se mettre à genou ou s'accroupir. Elle se déplace lentement et présente des difficultés pour passer de la position debout à assise et inversement.

Afin de mieux évaluer les capacités après une très longue période d'incapacité de travail, nous avons organisé, avec le secteur [...], une mise en situations professionnelles sous forme d'une reprise thérapeutique à un taux d'environ 20% dans son service (restauration au [...]) le 19.01.2015 pendant 10 semaines à raison de 2h/j sur différentes plages horaires dans les diverses tâches de son activité habituelle.

De notre côté, nous nous sommes également rendues sur place pour une visite de son poste et pour observer les activités. Il s'agit d'une activité en position debout exclusivement et avec du piétinement, nécessitant une certaine rapidité et selon les tâches, du port de charges. Mme O._____ a pu terminer les 10 semaines prévues mais avec des difficultés croissantes sur la période écoulée et une recrudescence des douleurs lombaires et au niveau des deux pieds. La lenteur dans ses déplacements et ses mouvements diminuent considérablement son rendement.

Conclusion :

L'évaluation lors de la reprise thérapeutique a permis de confirmer les limitations fonctionnelles de Mme O._____ et leur incompatibilité totale avec une activité d'employée de restauration. En raison de la recrudescence des douleurs lors de la mobilisation et des limitations fonctionnelles susmentionnées, sa capacité de travail n'excède pas un 50 % dans une activité entièrement adaptée avec un rendement diminué.

Dans son rapport du 28 avril 2015, le Dr V._____, médecin auprès du SMR, a attesté une capacité de travail de 75 % dès janvier 2011 après la pose de la première prothèse, puis, à la suite de la pose de la seconde prothèse le 13 mars 2013, une reprise de travail depuis janvier 2014, de manière progressive, jusqu'à la récupération d'une capacité de travail résiduelle de 75 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : travail sédentaire ou semi-sédentaire principalement en position assise, éviter les ports de charges, pas de

travail en position accroupie, à genou ou sur une échelle, et pas d'escaliers à répétition (courts déplacements à plat possibles).

Dans un rapport du 28 mai 2015 à l'OAI, le Dr T._____ a indiqué les diagnostics de gonarthrose des deux côtés, de spondylarthrose lombaire basse et de surcharge pondérale. Mentionnant un pronostic défavorable quant à une reprise d'activité professionnelle, il attestait une totale incapacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle dès le 12 mars 2013, avec la précision qu'un reclassement professionnel était difficile au vu de l'âge et l'absence de formation.

Le 6 juillet 2015, Gilles-Antoine Hofstetter, conseil de l'assurée, a fait savoir à l'OAI que sa mandante présentait une totale incapacité de travail attestée par ses médecins : en raison des douleurs ressenties, objectivées dans l'IRM du 30 avril 2015, un reclassement dans un travail debout était compliqué compte tenu de l'atteinte au rachis lombaire bas et des douleurs « devenant polyarticulaires » ; une position assise paraissait également difficilement concevable étant donné l'affection lombaire. En annexe à cet envoi, figurait notamment un rapport établi le 8 juin 2015 par le Dr T._____ à l'intention de l'assurée, dont la teneur était la suivante :

En annexe, vous trouverez copie du protocole d'examen qui vous oriente sur le résultat de l'IRM lombaire effectué le 30.04.15.

Cet examen montre une certaine usure des 2 derniers disques lombaires et une arthrose entre ces vertèbres. Le canal reste suffisamment large pour permettre le passage des nerfs. Cela explique toutefois les douleurs que vous ressentez.

Dans cette situation, un traitement dans un Centre de la Douleur tel que par exemple celui de la Clinique [...] serait utile avec des injections sur les articulaires. Vous pouvez aussi en discuter avec Mme le Dr A._____ qui a été informée du résultat. Si vous envisagez d'aller au Centre de la douleur, vous pouvez nous contacter et nous transmettrons les informations qui leur sont utiles à nos collègues du Centre de la Douleur. [...]

Dans un rapport du 15 décembre 2015, le Dr T._____ a confirmé à l'OAI que l'assurée n'était « définitivement plus en mesure d'avoir un poste à plein temps en position debout » et qu'en raison de

l'âge, une réorientation professionnelle semblait difficile. Ce médecin demandait un réexamen du cas de l'intéressée.

Se déterminant par avis médical du 3 février 2016 sur les derniers éléments récoltés au dossier, le Dr V._____ a indiqué en substance que, en l'absence d'aggravation de la situation, le rapport d'examen SMR du 28 avril 2015 restait actuel concernant la reconnaissance d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, mais de 75 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues à l'époque. Pour le médecin du SMR, il convenait toutefois d'interpeller le Dr T._____ afin de déterminer si une reprise chirurgicale au niveau d'un genou était nécessaire, avec la précision qu'une nouvelle intervention n'entraverait pas la réinsertion de l'assurée dans une activité adaptée.

Le 24 mars 2016, le Dr T._____ a répondu comme suit à la question complémentaire adressée le 8 février 2016 par l'OAI :

1. *Est-ce qu'une reprise chirurgicale est nécessaire ? Si oui, à quelle date et quel type d'intervention sera réalisée ?*
2. *Autres remarques :*

Je suis régulièrement cette patiente opérée de 2 prothèses de genoux pour des gonarthroses sévères et qui souffre aussi de discopathies lombaires basses prises en charge au Centre de la Douleur de [...].

Cette patiente a été opérée d'une 1ère PTG droite en 2009 et d'une PTG gauche en 2013 avec mobilisation sous anesthésie 6 mois plus tard. En raison d'un manque de mobilité articulaire en flexion, j'ai programmé une révision chirurgicale de cette prothèse de genou gauche pour le 14.09.16 à l'Hôpital de [...] avec arthrolyse de l'articulation ; proximalisation de la tubérosité tibiale antérieure et changement du polyéthylène. Cette intervention nécessitera ensuite de la physiothérapie intensive pour une durée prévisible de 3 mois.

Actuellement, cette patiente ne travaille pas. Aucune solution n'a pu être trouvée au K._____ pour qu'elle ait un poste adapté à son état. Un reclassement en l'état actuel est difficile vu que les lombalgies basses dont elle souffre empêchent une position assise prolongée et que l'état de ses genoux et de son rachis lombaire bas empêchent une activité en position debout. Il est difficile de dire en quoi la nouvelle intervention prévue améliorera la possibilité de reclassement professionnel. En fait, cette opération vise à retrouver

une flexion supérieure à 90° pour ce genou gauche, car l'état actuel est handicapant dans la vie quotidienne.

Interpellé par l'OAI en lien avec son évaluation d'une capacité de travail résiduelle de l'assurée dans une activité adaptée depuis janvier 2014, le Dr V. _____ a considéré que la reprise progressive mentionnée dans son rapport d'examen SMR du 28 avril 2015 devait s'effectuer de la manière suivante (avis médical du 8 novembre 2016) :

- CT dans AA de 25% dès le 01.01.2014
- CT toujours dans AA de 50% dès le 01.02.2014
- CT toujours dans AA de 75% dès le 01.04.2014

Le 15 novembre 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait accepter sa nouvelle demande de prestations et lui octroyer une rente d'invalidité échelonnée de la manière suivante :

- du 1^{er} mars 2010 au 31 mars 2011, rente entière (invalidité de 100 % six mois après le dépôt de la demande) ;
- du 1^{er} avril 2011 au 31 mai 2013, quart de rente (invalidité de 43 %) ;
- du 1^{er} juin 2013 au 30 avril 2014, rente entière (invalidité de 100 %, puis 75 % depuis le 1^{er} avril 2014) ;
- du 1^{er} mai au 30 juin 2014, demi-rente (invalidité de 50 %), et ;
- dès le 1^{er} juillet 2014, quart de rente (invalidité de 45 %).

L'OAI a, par décisions séparées des 12 juin et 6 octobre 2017, confirmé la teneur de son projet de décision et, partant, alloué à l'assurée une rente échelonnée en fonction des taux et durée annoncés.

C. Par recours déposés les 13 juillet (cause AI 225/17) et 25 octobre 2017 (cause AI 341/17) devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, O. _____, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, a conclu, principalement, à la réforme des décisions des 12 juin et 6 octobre 2017 en ce sens qu'elle a droit à une rente entière dès le 1^{er} mars 2010 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. Contestant la capacité de travail dans une activité adaptée aux taux et durée retenus par l'OAI, elle s'est référée aux appréciations du Dr

T._____, en alléguant que ses problèmes de santé justifiaient de retenir un taux d'invalidité de 50 % au minimum du 1^{er} avril 2011 au 31 mai 2013, puis à partir du 1^{er} juillet 2014. L'assurée demandait à titre subsidiaire la mise en œuvre d'une expertise médicale (orthopédique).

Dans ses réponses des 8 septembre 2017 et 18 janvier 2018, l'OAI a conclu au rejet des recours et à la confirmation des décisions querellées.

Au terme de seconds échanges d'écritures des 6 et 24 octobre 2017, respectivement des 9 mars et 9 avril 2018, les parties ont chacune maintenu leur position respective.

Le 15 décembre 2017, le juge en charge de l'instruction a joint les causes AI 225/17 et AI 341/17.

E n d r o i t :

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

b) Les deux recours ont été interjetés en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) et respectent pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'ils sont recevables.

2. a) En l'espèce, quand bien même deux recours ont été formés contre les décisions des 12 juin et 6 octobre 2017, il convient d'admettre que ces prononcés ne constituent en fait qu'une seule et même décision. En effet, le droit à la rente est un rapport juridique qui ne saurait être scindé en plusieurs parties indépendantes faisant l'objet de plusieurs décisions partielles (cf. TF 9C_311/2008 du 28 novembre 2008 consid. 1.2 et les références).

b) Cela précisé, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité dès le 1^{er} mars 2010, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

3. Dans un grief qu'il convient d'examiner en premier lieu, la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendue pour défaut de motivation des décisions attaquées.

a) La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]) le devoir pour le juge de motiver sa décision, afin que le justiciable puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et exercer son droit de recours à bon escient. Pour répondre à ces exigences, le juge 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). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (TF 2C_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1, publié *in* : RDAF 2009 II p. 434). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si

elle omet de se prononcer sur des griefs qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (cf. ATF 133 III 235 consid. 5.2 ; 126 I 97 consid. 2b ; 125 III 440 consid. 2a).

b) Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 142 III 360 consid. 4.1.4 ; 137 I 195 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et références citées).

c) En tant que la recourante invoque une violation de son droit d'être entendue en lien avec la motivation des décisions litigieuses, il sied de relever que, en tout état de cause, le grief formel est mal fondé, puisque, comme l'observe à juste titre l'intimé, la recourante a été en mesure de prendre connaissance des décisions litigieuses, de comprendre les éléments qui ont été retenus et pourquoi ils l'ont été et d'interjeter recours dans le délai utile avec le concours de son avocat.

4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de

l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

Aux termes de l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (al. 1) ; la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

b) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur une nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2), il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un

changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 ; ATF 130 V 71 consid. 3.2).

c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon les dispositions précitées ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et ATF 112 V 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références citées). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF

133 V 108 consid. 5 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 et les références citées).

d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

e) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

5. a) En l'occurrence, l'OAI s'est fondé presque exclusivement sur les conclusions du rapport établi le 10 mai 2012 par le Dr Z. _____ et a retenu que la recourante présentait, hormis les périodes ayant suivi la pose de ses prothèses totales de genou, une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

b) A la lumière des documents médicaux versés au dossier, la position défendue par l'intimé ne peut être entièrement suivie. Outre l'aggravation passagère - admise par l'office intimé - consécutive à la pose de la prothèse totale du genou gauche le 13 mars 2013, les Dresses G. _____ et C. _____ ont mentionné des « lombalgies sur probable trouble dégénératif » pour la première fois au mois de mars 2015 (rapport du 27 mars 2015). Ces atteintes ont été régulièrement mentionnées ensuite par le Dr T. _____ (rapports des 28 mai 2015, 8 juin 2015 et 24 mars 2016). Ce faisant, l'OAI a éludé une série d'appréciations médicales divergentes, lesquelles laissaient apparaître la présence d'une problématique rachidienne évolutive (dégénérative) et documentée (radiographies et IRM de la colonne lombaire). Or force est de constater que cette problématique n'a été évoquée à aucun moment par l'office intimé au cours de la procédure. Il convient de souligner en particulier que le Dr V. _____, médecin-conseil auprès du SMR, ne fait aucune mention de cette atteinte dans son avis médical du 3 février 2016, alors qu'elle était clairement documentée. Il convient également de mettre en exergue la divergence d'analyse concernant les limitations fonctionnelles retenues par le Dr Z. _____ (« Travail sédentaire ou semi-sédentaire principalement assis. Doit éviter le port de charges. Doit éviter les travaux accroupis ou à genou. De courts déplacements à plat sont possibles ») et celles retenues par le Dr T. _____ (« Un reclassement en l'état actuel est difficile vu que les lombalgies basses dont [la recourante] souffre empêchent une position assise prolongée et que l'état de ses genoux et de son rachis lombaire bas empêchent une activité en position debout »).

c) En l'absence d'appréciation médicale exhaustive incluant aussi bien les atteintes aux genoux que celles au rachis lombaire, l'instruction doit être complétée. Compte tenu de l'instruction lacunaire

menée par l'office intimé – auquel il appartient au premier chef d'instruire conformément au principe inquisitoire (cf. art. 43 al. 1 LPGA) –, il convient de renvoyer la cause à cette autorité, afin qu'elle mette en œuvre une expertise orthopédique conformément aux exigences découlant de l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

d) Compte tenu de l'issue du litige, la Cour de céans renonce à examiner le grief de l'abattement sur le salaire statistique devant être pris en compte pour déterminer le revenu d'invalidé, cette question pouvant souffrir de rester indécise à ce stade.

6. a) En définitive, les recours se révèlent bien fondés et doivent donc être admis, ce qui entraîne l'annulation des décisions rendues par l'OAI les 12 juin et 6 octobre 2017 et le renvoi de la cause pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

b) Ayant procédé par l'intermédiaire d'un mandataire professionnel, la recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 2'500 fr. à la charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD et 11 al. 2 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]) lequel, débouté, supportera les frais de la cause, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

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

- I. Les recours sont admis.

- II. Les décisions rendues les 12 juin et 6 octobre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont annulées, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au 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 O. _____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour O. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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).

Le greffier :