

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 octobre 2021

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Métral, juge, et M. Bidiville, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourante, représentée par Me Tiphonie Chappuis,
avocate à Lausanne,

et

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

**Art. 6 s., 17 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28, 49 al. 2 et 59 al. 3
LAI ; 88a RAI**

E n f a i t :

A. Ressortissante portugaise, A. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née en [...]. Mariée sans enfants, elle est arrivée en Suisse en [...]. Au bénéfice d'un permis de séjour C, sans formation professionnelle, elle a travaillé, depuis novembre 2006, en tant qu'aide-restauratrice de meubles pour le compte de la société E. _____ Sàrl à [...]; elle était associée gérante de l'entreprise familiale et son salaire annuel brut était de 54'000 fr. depuis le 1^{er} janvier 2014, soit un revenu mensuel brut de 4'500 fr. servi douze fois l'an.

B. En arrêt de travail à 50 % depuis le 30 mai 2016 en raison d'un problème d'arthrose aux genoux, elle a été annoncée par son assureur maladie perte de gain (B. _____ SA) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) dans le cadre du dépôt d'une demande de détection précoce le 26 août 2016. Compte tenu de la nature des atteintes à la santé avec une indication opératoire (pose de prothèses partielles gauche puis droite), cette démarche a été suivie par une demande de prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles/rente) déposée le 13 septembre 2016.

Du 5 au 11 octobre 2016, l'assurée a séjourné à l'Hôpital [...] du CHUV en raison d'une arthrose fémoro-patellaire bilatérale invalidante à gauche pour laquelle elle a bénéficié d'une arthroplastie fémoro-patellaire gauche le 6 octobre 2016 (lettre de sortie du 14 octobre 2016 du CHUV).

D'après le questionnaire 531bis du 15 novembre 2016, l'assurée en bonne santé travaillerait à 100 % comme aide-restauratrice de meubles par nécessité financière.

Dans un rapport du 28 décembre 2016 à l'OAI, le Dr S. _____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant de l'époque, a posé les diagnostics incapacitants de gonarthrose bilatérale, de status après arthroplastie fémoro-patellaire gauche ainsi que de lombalgies

chroniques sous forme de troubles fonctionnels et dégénératifs. Dans l'anamnèse, ce médecin notait que le genou droit devait également être traité dans un avenir plus ou moins proche. Depuis l'opération, l'assurée ressentait davantage de douleurs lombaires notamment liées à ses difficultés de marche ainsi qu'à l'utilisation de cannes anglaises. Elle était en totale incapacité de travail depuis le 5 octobre 2016 et suivait une rééducation à la marche en physiothérapie. Il était trop tôt pour se prononcer sur la capacité de travail.

Aux termes d'un rapport de consultation du 14 mars 2017, le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin associé de l'Unité de chirurgie spinale du CHUV, a posé les diagnostics de status post-prothèse fémoro-patellaire gauche le 16 octobre 2016, d'arthrose fémoro-patellaire droite, de lombopyalgies droites et de discopathie asymétrique L3-L4 avec Modic I. Il ne retenait pas d'indication opératoire mais suggérait des infiltrations facettaires et de la physiothérapie. Il ne s'exprimait pas sur la capacité de travail de l'assurée.

Le 24 mars 2017, les médecins de l'Hôpital [...] du CHUV ont fait part d'une évolution post-opératoire plutôt favorable avec des douleurs au genou gauche de l'assurée pour lequel la pose d'une nouvelle prothèse allait être discutée, ainsi que des problèmes de lombosciatalgies pour lesquels l'intéressée était suivie au CHUV par le Dr F._____ qui avait signé un arrêt de travail jusqu'au 22 avril 2017. Ces médecins ont attesté d'une incapacité de travail de l'assurée à 100 % dans son activité habituelle depuis le 5 octobre 2016 mais sans toutefois se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Le traitement consistait en de la physiothérapie.

Dans un rapport du 20 juin 2017, le Professeur X._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, consulté le 22 mai précédent par l'assurée, a posé les diagnostics incapacitants de lombopyalgies chroniques droites, depuis environ un an, et de syndrome fémoro-patellaire bilatéral depuis environ dix ans. Il retenait une totale

incapacité de travail dans l'activité d'ébéniste depuis octobre 2016 en raison des limitations fonctionnelles (marche en côte/pente, escaliers sources de douleurs lombaires et des genoux) mais évaluait la capacité de travail de l'assurée à 50 % dans une activité adaptée au handicap (« probablement quelques heures par jour en position assise ») « dès maintenant ».

L'OAI a pris connaissance du dossier médical constitué par l'assureur perte de gain de l'assurée (B._____ SA). Il en ressort notamment un rapport du 2 mars 2017 adressé au médecin-conseil de cet assureur par un médecin assistante de l'Hôpital [...] du CHUV posant les diagnostics de status post-prothèse unicompartimentale pour une arthrose fémoro-patellaire à gauche le 6 octobre 2016, de gonarthrose fémoro-patellaire à droite et de lombosciatalgies. Il était relevé une évolution à gauche plutôt favorable avec la présence de douleurs au genou droit et la pose d'une prothèse à discuter. Il convenait de réévaluer la situation au niveau lombaire également. Cette médecin ne se prononçait pas sur la capacité de travail.

Dans un rapport du 4 septembre 2017 à l'OAI, le Dr H._____, spécialiste en anesthésiologie, du Centre d'antalgie du CHUV, a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, une gonarthrose bilatérale. Il relevait que l'assurée avait bénéficié d'un bloc antalgique aux niveaux du genou et des facettes lombaires à droite. Il faisait part d'une nouvelle chirurgie au genou gauche en novembre 2017 ainsi qu'à droite prévue en mars 2018. Il retenait une totale incapacité de travail de l'assurée dans l'activité d'ébéniste probablement jusqu'en octobre 2018 et de 50 % dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles (marche, position statique et port de charge) depuis lors.

Le 26 octobre 2017, le Dr S._____ a répondu comme suit aux questions complémentaires adressées par l'OAI :

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

- Gonarthrose bilatérale très sévère
- Lombalgies chroniques sur arthrose diffuse
- Status après PTG [prothèse de genou] G [gauche] en octobre 2016.

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

Elle est toujours très fortement handicapée par ses genoux. Le genou opéré doit nécessit[er] une réintervention qui aura lieu le 30.11.17 à l'Hôpital [...]. Il est programmé de faire également une PTG D [droite] en mars 2018.

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

Incapacité à 100% depuis le 05.10.16 au 30.11.17, date de la prochaine intervention.

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

La capacité de travail actuellement est nulle.

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

La patiente a d'énormes difficulté[s] à se déplacer à pied malgré les béquilles. Elle va au devant d'une réintervention sur son genou opéré et d'une opération sur le deuxième genou au mois de mars 2018.

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

Voir plus haut.

7. *Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?*

Patiente suivie par l'Hôpital [...]."

Du 8 au 26 janvier 2018, l'assurée a bénéficié d'une prise en charge dans le Service physique de réhabilitation au Département de l'appareil locomoteur (DAL) du CHUV dans le cadre d'un stage intensif de restauration fonctionnelle du rachis.

Le 15 février 2018, en l'absence d'évolution significative, le Professeur X._____ a confirmé sa précédente évaluation de juin 2017, notant une bonne compliance de l'assurée aux traitements

(physiothérapie, antalgiques et antibiotiques en raison d'une infection de la prothèse du genou gauche).

Le 20 février 2018, l'assureur perte de gain de l'assurée B. _____ SA a transmis à l'OAI les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 30 octobre 2017 adressé au médecin-conseil de B. _____ SA par les médecins de l'Hôpital [...] du CHUV annonçant une intervention prévue le 30 novembre 2017 pour ablation de la prothèse unicompartimentale et mise en place d'une prothèse totale de genou gauche ainsi que la poursuite du traitement conservateur concernant le genou droit, avec la précision qu'il était envisagé, à six mois de l'implantation de la prothèse totale de genou gauche, de procéder également à une prothèse totale du genou droit. L'évolution était défavorable au vu de la persistance de douleurs aux genoux avec des limitations fonctionnelles (forte limitation de la mobilisation avec un périmètre de marche limité à quinze minutes environ, une montée/descente des escaliers extrêmement difficile et le port de charge impossible). Une reprise du travail était pronostiquée dans un délai de six mois, après l'implantation de la prothèse du côté droit, soit autour de la fin de l'année 2018 ;

- un protocole opératoire du 8 décembre 2017 relatif à une révision de la prothèse fémoro-patellaire gauche par arthroplastie totale du genou réalisée le 28 novembre 2017 à l'Hôpital [...] du CHUV par le Professeur I. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Le 3 avril 2018, le Dr S. _____ a informé l'OAI que, dans les suites de la pose de la prothèse totale de genou gauche le 28 novembre 2017, l'assurée avait présenté une infection péri-opératoire nécessitant une antibiothérapie à long terme récemment stoppée. Elle présentait des douleurs très importantes aux genoux et devait subir la pose d'une prothèse totale du genou droit, repoussée en raison des complications infectieuses du côté gauche. L'intéressée avait également une coxarthrose

droite et des rachialgies importantes avec des lombalgies basses et des lombo-pygalgies. Malgré le traitement intensif dont elle avait bénéficié en janvier 2018 au DAL du CHUV d'importantes douleurs subsistaient et elle parvenait tout juste à marcher avec une canne anglaise. La reprise du travail même dans une activité à temps partiel était impossible. Malgré les autres interventions orthopédiques prévues, le Dr S. _____ était d'avis qu'une totale incapacité de travail de l'intéressée perdurerait dans son emploi antérieur. Dans ces circonstances, le médecin traitant demandait à l'OAI de convoquer l'assurée pour une évaluation par son service médical.

Dans un avis médical du 18 avril 2018, le Dr N. _____, spécialiste en médecine du travail, du Service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité, a fait le point de la situation sur la base des éléments recueillis au dossier. Il estimait que la capacité de travail de l'assurée « devrait atteindre 80% au moins dès mars 2017 » dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (« apte poste tertiaire, sédentaire. Inapte tout travaux physiques »). La capacité de travail avait évolué vers un taux 50 % dans une activité adaptée depuis février 2018, et vraisemblablement de 80 % dès avril 2018 compte tenu de l'arrêt du traitement ; selon le Dr N. _____ aucune intervention à droite n'était programmée.

Lors d'entretiens téléphoniques des 29 et 31 octobre 2018 avec des gestionnaires de dossiers à l'OAI, l'assurée a annoncé une péjoration de son état de santé et qu'elle marchait difficilement avec une canne dès lors qu'elle avait été opérée à deux reprises au genou gauche et devait encore subir une intervention au genou droit qui avait été reportée ; elle faisait part de son incompréhension en lien avec l'évaluation de sa capacité de travail résiduelle à 50 %, voire 80 %, dans une activité adaptée. Dans ce contexte, il avait été convenu de réinterroger les médecins, et, si nécessaire, soumettre ensuite le cas au SMR pour avis médical actualisé (documents intitulés « Assuré - Note d'entretien » des 29 et 31 octobre 2018).

Dans le cadre de son instruction de la demande, l'OAI a requis des renseignements financiers (pièces 52 - 56) et procédé à une enquête économique pour les indépendants (pièce 66).

Dans un rapport du 13 décembre 2018, la Dre P._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant, a répondu aux questions adressées le 29 octobre 2018 par l'OAI. Elle a retenu comme diagnostics incapacitants depuis octobre 2016 des lombalgies chroniques d'origine musculosquelettique aspécifiques avec arthrose postérieure L1-L2, L2-L3, L4-L5, Modic I en L3-L4, un status post-prothèse fémoro-patellaire gauche en 2016, remplacée le 28 novembre 2017, avec infection péri-opératoire et traitement antibiotique jusqu'en mars 2018, et une arthrose fémoro-patellaire droite avec une indication opératoire claire mais reportée en raison des problèmes mentionnés ci-avant. Cette médecin a constaté une capacité de travail nulle de l'assurée dans toute activité depuis le 5 octobre 2016 en raison des douleurs chroniques et imprévisibles ; en cas d'évolution favorable, l'intéressée était disposée à reprendre une activité adaptée à ses capacités physiques et professionnelles. L'assurée continuait à avoir d'importantes douleurs et elle se déplaçait péniblement, à l'aide d'une canne anglaise. L'intervention prévue au niveau du genou droit avait dû être reportée à un délai indéfini. Selon la Dre P._____ l'octroi d'une rente, même provisoire, devait être envisagé par l'OAI. Le traitement consistait en la prise de médicaments, des infiltrations itératives d'antalgiques et des thérapies physiques (notamment en piscine).

Dans ses réponses du 20 décembre 2018 aux questions complémentaires adressées par l'OAI, rapportant une chronicisation du cas avec une tendance à la péjoration, le Dr H._____ a modifié sa précédente évaluation en fixant à 0 % la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée depuis la première chirurgie du genou effectuée le 6 octobre 2016.

Dans un rapport du 20 décembre 2018, consécutif à une consultation de l'assurée le 10 décembre précédant, le Dr Z._____,

spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, chef de clinique adjoint à l'Hôpital [...] du CHUV, a posé les diagnostics de status post ablation de prothèse fémoro-patellaire et mise en place d'une arthroplastie totale du genou gauche le 28 novembre 2017, d'infection chronique PUC gauche à *Staphylocoque epidermidis* découverte en post-opératoire avec trois mois d'antibiothérapie, de gonarthrose droite, de coxarthrose légère droite et de lombalgies chroniques (suivies par le Professeur X. _____). Son rapport se termine comme suit :

"Conclusion

Étant donné qu'il y a eu une augmentation des douleurs du genou opéré, je propose de refaire un laboratoire qui objective une CRP stable à 9 mg/L.

Après l'arrêt des antibiotiques en février, je reverrai la patiente pour un contrôle dans 6 mois.

Concernant le début d'arthrose de la hanche droite et du genou droit, elle n'est pas corrélée avec les douleurs très importantes de la patiente. Je pense que Madame A. _____ est énormément handicapée par ses lombalgies avec sciatalgies pour lequel[le]s, elle est suivie en antalgie et par le Prof. X. _____ qu'elle souhaite revoir prochainement."

Au terme de sa consultation de l'assurée du 29 avril 2019 dans le cadre du suivi de la révision de prothèse réalisée en novembre 2017, le Professeur I. _____ a constaté une évolution plutôt favorable avec une récupération des amplitudes de mobilité articulaire normales au niveau du genou gauche ainsi qu'une stabilité satisfaisante. A son avis, les douleurs persistantes au niveau du genou gauche pouvaient être liées à un excès de sollicitation de ce membre en rapport avec la gonarthrose droite et les problèmes de dorso-lombalgies chroniques ; il avait proposé à l'assurée de poursuivre des séances de physiothérapie (balnéothérapie) et de la revoir à l'automne 2019. Ce médecin ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de l'assurée (rapport du 4 juin 2019 adressé à la Dre P. _____ par le Professeur I. _____).

Après avoir requis le point de vue du SMR sur les pièces médicales au dossier (avis du 27 mai 2019 du Dr N. _____), l'OAI a mis en œuvre un examen clinique rhumatologique. Le 3 septembre 2019, le Dr T. _____, spécialiste en médecine physique et rééducation, a examiné

l'assurée dans les locaux du SMR, à Vevey. Sur la base de ses constatations cliniques et l'étude du dossier médical à disposition, ce spécialiste a établi son rapport le 23 septembre 2019. Il a retenu les diagnostics suivants :

“DIAGNOSTICS

Avec répercussion durable sur la capacité de travail

Diagnostic principal

- Gonalgies D [droites] chroniques dans un contexte de gonarthrose fémoro-patellaire. M17.0

Code AI pour la statistique des infirmités et des prestations : 738/05

Diagnostics associés

- Lombalgies chroniques, non déficitaires, dans un contexte de troubles dégénératifs articulaires postérieurs étagés et de protrusion discale L3-L4.
- Gonarthrose fémoro-patellaire G [gauche], traitée par prothèse partielle, nécessité de reprise avec pose d'une prothèse totale et surinfection traitée par antibiotique.

Sans répercussion sur la capacité de travail

- Obésité de classe II.”

Au moment d'apprécier la situation, le médecin-examineur du SMR a émis les considérations suivantes (rapport d'examen clinique du 23 septembre 2019 p. 8 sv.) :

“Lors de l'entretien, Mme A. _____ décrit son activité professionnelle habituelle d'aide-restauratrice dans l'entreprise familiale. L'activité est considérée comme modérément contraignante physiquement, avec un travail fréquemment en station debout, des ports de charges modérés.

Selon le dossier, l'assurée est en IT [incapacité de travail] durable depuis le 30.05.2016, initialement à 50 %, elle est en ITT [incapacité de travail totale] depuis le 05.10.2016. Elle n'a pas repris d'autre activité professionnelle depuis.

En lui posant spécifiquement la question, l'assurée estime qu'elle est « pire » au niveau du genou G [gauche], après les deux interventions réalisées. Pour rappel, la première intervention a été réalisée le 06.10.2016 et la deuxième le 28.11.2017. L'assurée annonce qu'elle a des douleurs à présent constantes et qu'elle marche moins bien.

L'assurée se décrit encore limitée par une douleur lombaire basse et une douleur de la hanche D [droite] survenue après la première opération.

Les douleurs décrites par l'assurée sont d'allure mécanique. L'assurée annonce être capable de marcher 15 minutes sans

s'arrêter en utilisant une canne à D, elle annonce être seulement capable de rester 10 minutes assise suite à ses problèmes de dos.

Malgré l'importance des douleurs alléguées par l'assurée, Mme A. _____ est capable, dans les grandes lignes, de faire son ménage, elle fractionne les tâches. Elle a été capable, cet été, de se rendre au Portugal pour voir sa famille ; à l'aller elle s'y est rendue en avion et, pour le retour, est revenue en voiture. Nous estimons incompatible la durée de tolérance en station assise de 10 minutes, annoncée par l'assurée, avec la longueur du trajet nécessaire pour aller au Portugal. En reprenant la lettre de sortie de la rééducation intensive au CHUV (sortie le 26.01.2018), il est mentionné que l'assurée tient 45 minutes en position assise. Nous considérons en s'appuyant sur les éléments anamnestiques, que l'assurée conserve des ressources physiques pour des tâches physiquement légères.

L'assurée est suivie par son MT [médecin traitant], la Dresse P. _____. L'assurée a une prochaine consultation avec l'assistant du Prof. I. _____ en orthopédie au CHUV, en octobre 20[2]0. Il va être rediscuté d'une éventuelle intervention au niveau du genou D. Pour l'instant, aucune date opératoire n'a été fixée.

L'assurée prend quotidiennement un traitement d'opiacé léger à dose importante, elle prend un traitement anti-inflammatoire à dose modérée.

Nous constatons que l'assurée a du Citalopram® à faible dose, nous lui demandons par qui il a été introduit et pour quelle raison. L'assurée nous explique qu'elle a des problèmes de moral et que l'antidépresseur a été introduit par son ancien MT, le Dr S. _____. Elle considère que son moral n'est toujours pas terrible, elle se fait des soucis, a des troubles du sommeil.

L'examen montre une femme de 50 ans et en bon état de santé général, avec un surplus pondéral ou l'équivalent d'une obésité de classe II ; l'assurée pèse 85 kg pour 160 cm. La TA [tension artérielle] est légèrement augmentée à 145/106 mmHg, nous conseillons à l'assurée de la contrôler à domicile et d'informer son MT en cas de persistance de valeurs élevées ; il n'y a pas de signe d'insuffisance cardiaque.

Nous sommes frappés, au niveau thymique, par une assurée qui est très angoissée lors du premier contact, l'assurée a tendance à hyperventiler, elle a un trémor au niveau des mains. Une anxiété persiste lors de l'entretien, puis diminue lors de l'examen. Il n'y a pas de perte d'élan, l'assurée n'a pas de pleurs. L'assurée a été suivie par un psychologue pendant six mois, dans les suites de la rééducation intensive au CHUV. On peut lire, dans la lettre de sortie du 12.02.2018, que l'assurée est assez hypothymique et émotionnelle, elle n'apparaît pas déprimée au sens propre, montre des affects de tristesse en adéquation avec sa situation somatique.

L'examen neurologique exclut un déficit sensitivomoteur en relation avec d'éventuels troubles dégénératifs du rachis. L'assurée n'a pas de sciatgie irritative.

L'examen articulaire périphérique est normal aux MS [membres supérieurs].

L'assurée ressent d'importantes douleurs à la mobilisation des hanches, davantage à D qu'à G, contrastant avec une mobilité complète, l'absence d'arrêt dur pour une coxarthrose et l'absence de douleur coxo-fémorale. L'assurée a une douleur au niveau de l'insertion du muscle petit fessier sur la crête iliaque.

L'examen du genou G confirme l'évolution post-opératoire favorable décrite par le Prof. I. _____, dans sa consultation du 04.06.2019. L'assurée a récupéré une mobilité dans les normes, avec 110° de flexion, contre 120° à G, la mobilisation en décharge est indolore, l'assurée n'a plus de signe inflammatoire, elle n'a pas de rougeur, n'a pas d'augmentation de la température cutanée, il n'y a pas d'épanchement. Il persiste une légère tuméfaction antérieure, qui est considérée comme dans les normes après la pose d'une PTG [prothèse totale de genou]. Comme fait important, elle n'a pas d'amyotrophie au niveau de la cuisse G. La palpation est seulement légèrement douloureuse au niveau du compartiment externe G, il n'y a pas de signe d'instabilité.

A D, l'assurée a une mobilité complète du genou, indolore. On ressent un crissement fémoro-patellaire à la mobilisation et il existe un rabot rotulien net pour une surcharge fémoro-patellaire. Il n'y a pas d'épanchement, pas d'amyotrophie.

Fonctionnellement, l'assurée marche avec une vitesse ralentie de 2 km/heure, avec une boîte G qui fluctue de légère à modérée, elle utilise une canne à D.

Au niveau du rachis, l'assurée a une attitude scoliotique à convexité D, elle n'a pas de gibbosité significative en flexion du tronc elle n'a pas d'attitude antalgique. Alors que l'assurée se décrit très limitée au niveau de son rachis lombaire, elle a une mobilité qui est à la limite inférieure des normes en flexion avec un indice de Schrober lombaire de 10-14,5 cm (norme 10-15 cm), la flexion est indolore, l'extension est limitée d'un tiers, l'assurée ressent des douleurs lombaires, orientant vers une surcharge des articulations postérieures. La palpation est seulement légèrement douloureuse en L4, L5 et sur le sacrum, sans contracture paravertébrale. Les transferts assis-debout sont légèrement ralentis. Globalement, nous retenons une légère raideur rachidienne, mais pas de syndrome vertébral (absence de contracture paravertébrale, mobilité conservée). Le score de Waddell est négatif à la recherche de signes comportementaux avec 1/5 signe sous forme d'une réaction exagérée.

L'étude du dossier radiologique et des comptes-rendus radiologiques décrits dans les consultations met en avant que l'assurée a une gonarthrose fémoro-patellaire G marquée, déjà mise en évidence en janvier 2016 sur l'IRM. Nous n'avons pas de clichés post-opératoires à disposition. Pour rappel, l'assurée a été traitée par une prothèse fémoro-patellaire le 06.10.2016 et par PTG le 28.11.2017. Selon le descriptif radiologique tiré de la consultation du 11.06.2018 du Dr Z. _____ l'implant est en place sans signe de descellement, la rotule est bien centrée, le MID [membre inférieur droit] est normo-axé.

Nous avons à disposition une IRM [imagerie par résonance magnétique] du genou D du 07.01.2016 montrant une chondropathie fémoro-patellaire avancée avec un épanchement modéré et un début de gonarthrose du compartiment externe. Lors de la même consultation du 11.06.2018, le Dr Z._____ décrit à D une gonarthrose tri-compartmentale à prédominance fémoro-patellaire.

Nous n'avons pas à disposition de RX [radiographies] du rachis. Nous avons par contre à disposition une consultation orthopédique du Dr F._____ du 14.03.2017. Dans sa consultation, le Dr F._____ décrit une IRM lombaire réalisée le 31.01.2017 montrant des troubles dégénératifs postérieurs étagés de L1-L3 à L4-L5, une protrusion discale en L3-L4, des signes de discopathies de type MODIC en L3-L4.

Limitations fonctionnelles

Genoux : pas de position assise prolongée au-delà de 45 minutes (cf. rapport de prise en charge du 8 au 26.01.18) ; pas de position debout prolongée au-delà de 20 minutes, pas de position debout statique au-delà de 10 minutes. Pas de montée-descente d'escaliers. Pas de position accroupie ou à genoux. Pas de marche sans s'arrêter au-delà du km.

Rachis lombaire : pas de position assise ou debout prolongée au-delà de 45 minutes. Pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux.

Globalement, pas de port de charges supérieures à 5 kg, en utilisant un sac à dos. L'assurée peut se déplacer sur de courtes distances en portant une charge légère dans une main, par ex. un dossier.

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

L'assurée a une IT partielle de 50 % à partir du 30.05.2016 et de 100 % à partir du 05.10.2016 dans l'activité habituelle, selon les attestations médicales à disposition dans le dossier. Nous nous alignons sur ces décisions, au vu de la gonarthrose fémoro-patellaire G avancée nécessitant une intervention chirurgicale le 28.11.2017, avec la pose d'une prothèse fémoro-patellaire.

Comment le degré d'incapacité de travail et le rendement ont-ils évolué depuis lors ?

L'IT reste totale dans l'activité habituelle d'aide-restauratrice de meubles, activité considérée comme modérément contraignante physiquement pour les MI [membres inférieurs] et le rachis.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée en premier lieu par la tolérance mécanique du genou D, au second plan par la tolérance mécanique du rachis lombaire et en dernier lieu, par la tolérance mécanique de la prothèse du côté G.

Dans une activité adaptée, ménageant les genoux et ménageant le rachis lombaire, les éléments du dossier, les éléments anamnestiques, les éléments objectivables à disposition nous font

conclure à une exigibilité de 75 % ou l'équivalent de 2 x 3 heures/jour.

Il ressort des incohérences importantes entre les allégations de l'assurée quant à la persistance des douleurs, quant aux répercussions des douleurs sur sa vie de tous les jours avec les constatations objectivables.

Cliniquement, l'évolution post-opératoire au niveau du genou G est favorable avec une mobilité dans les normes après une pose de prothèse, l'absence d'amyotrophie, l'absence d'épanchement, une bonne stabilité, une prothèse en place sur les RX. Nous n'avons pas d'explication, il n'y a pas d'explication dans les consultations récentes à disposition pour la persistance des douleurs importantes du côté G. Le Prof. I. _____ conclut, dans sa consultation du 04.06.2019, que, même si la patiente décrit toujours quelques douleurs au niveau du côté G, l'évolution est plutôt favorable avec une récupération des amplitudes de mobilité articulaire normale, ainsi qu'une stabilité satisfaisante. Le Prof. I. _____ met la persistance des douleurs en relation avec un excès de sollicitations du genou G en rapport avec la gonarthrose D et les problèmes de dorso[-]lombalgies chroniques. Nous n'arrivons pas à expliquer la surcharge du côté G par ces hypothèses, l'assurée a, à notre avis, toujours une bo[î]terie à G, qui n'est pas expliquée. La situation au niveau lombaire est bonne avec l'absence de syndrome rachidien et l'absence de sciatalgie, l'absence de troubles dégénératifs majeurs. Idéalement, comme l'atteinte est actuellement au niveau du genou D, l'assurée devrait porter une canne à G et non à D.

Nous retenons une composante de kinésiophobie, une peur de la rééducation active. L'assurée annonce ne tolérer que les traitements en piscine. Les traitements en piscine sont indiqués en début de rééducation, au vu de la décharge, mais ont comme risque d'entretenir la kinésiophobie et la peur de marcher en dehors de l'eau.

L'état de santé objectivable sur le plan ostéoarticulaire ne permet pas de confirmer l'ITT retenue par le MT, la Dresse P. _____.

Date du début de l'aptitude à suivre/à s'investir une mesure de réadaptation

Nous retenons une exigibilité de 75 % à partir du 11.06.2018, date de la consultation du Dr Z. _____, orthopédiste. Nous sommes alors à plus de six mois post-opératoires (2^{ème} opération du genou G effectuée le 28.11.2017). Les éléments objectivables au niveau du genou G montrent une bonne évolution post-opératoire. A D, certes l'assurée a un conflit fémoro-patellaire, avec un rabot positif, mais elle garde une flexion de 130°, c'est-à-dire une flexion normale. L'assurée est surtout gênée par ses genoux dans les escaliers, lorsque le terrain est en pente et lors des longs trajets. Le Dr Z. _____ exclut également une coxarthrose consécutive.

Nous ne pouvons pas retenir d'exigibilité entre la première (6.10.2016) et la deuxième intervention chirurgicale (28.11.17) du genou G, comme le proposait le Dr N. _____, au vu de la décompensation décrite au niveau lombaire avant la 2^{ème}

intervention et de la période trop courte entre la reprise à 50 % proposée par le Pr X._____ le 20.06.17 et la deuxième intervention.

Pronostic

Le pronostic est bon en ce qui concerne le genou G avec les éléments à disposition ; le pronostic est réservé en ce qui concerne le genou D au vu de la gonarthrose fémoro-patellaire avancée constatée. Le pronostic est bon au niveau du rachis.

Le pronostic est réservé quant à la reprise d'une activité professionnelle, au vu des allégations douloureuses de l'assurée et de son ressenti par rapport à ses capacités."

En guise de conclusions, le Dr T._____ a estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans sa profession habituelle d'aide-restauratrice dans la restauration de meubles. A l'inverse, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues la capacité de travail de l'intéressée était de 75 % depuis le 11 juin 2018 (date de la consultation du Dr Z._____, orthopédiste) « à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation ».

L'assurée a bénéficié d'une mesure d'observation et d'évaluation professionnelle, type COPAI, à un taux de présence de 100 %, auprès du Centre Orif de [...], du 3 au 28 février 2020 (communication du 20 décembre 2019 de l'OAI). Une séance de synthèse à la suite de cette mesure a eu lieu le 26 mai 2020 et a fait l'objet d'un rapport du 2 juin 2020 des responsables de l'Orif de [...]. Il en ressort que, s'il n'existait plus de capacité de travail dans l'activité habituelle de rénovation de meubles dans une entreprise familiale, la capacité de travail de l'assurée était de 80 % avec un rendement de 50 % « nettement améliorable avec un reconditionnement neuromusculaire et professionnel » en raison du tableau algique qui imposait des interruptions d'activité de l'ordre de dix minutes par heure en moyenne ainsi que des modifications de postures. L'assurée avait déclaré avoir dû, à quelques reprises, se coucher sur le banc des vestiaires pour une durée d'une heure à une heure et demie pour récupérer en cours de journée. On extrait en particulier les passages suivants du rapport de l'Orif de [...] :

"Synthèse

Discussion – situation asséculoologique :

Nous pouvons retenir comme une atteinte à la santé et incapacitante sur le plan professionnel avec répercussion durable sur la capacité de travail :

- Une gonarthrose tricompartmentale droite d'indication théorique chirurgicale.
- Une gonarthrose fémoropatellaire gauche traitée initialement par prothèse partielle puis PTG [prothèse totale de genou] et compliquée d'un staphylocoque epidermis actuellement stabilisé.
- Des lombalgies chroniques sans déficit sensitivomoteur secondaires à des troubles dégénératifs étagés au niveau des articulaires postérieures et une protrusion discale non compressive L3-L4.

Nous n'avons pas retenu de diagnostic de syndrome anxiodépressif constitué ou d'épisodes dépressifs récurrents modérés ou graves.

Mme A. _____ est porteuse d'une obésité de classe 2 qui n'impacte pas directement sur sa capacité de travail.

La situation asséculoologique apparaît complexe puisque les différents avis médicaux qui ont été émis sont tout au moins peu convergents :

- Le médecin traitant évoque une capacité de travail de 0 % en activité habituelle et adaptée.
- Le spécialiste en médecine physique et rééducation atteste d'une capacité de travail de 0 % en activité habituelle et de 50 % en activité adaptée.
- Le médecin SMR spécialisé en rhumatologie atteste d'une capacité de travail de 0 % en activité habituelle et de 75 % en activité adaptée.

Par ailleurs, la situation personnelle de votre bénéficiaire qui a exercé jusqu'en 2016 une activité dans l'entreprise familiale d'ébénisterie tenue par son mari, entreprise liquidée à l'automne 2018 avec retraite anticipée de son mari, pose la question de desideratas du couple de retourner plus fréquemment au Portugal où la famille de Mme A. _____ est encore présente, sa mère de 76 ans et son père de 83 ans.

L'arrêt de l'activité professionnelle de son mari semble également participer sur le plan psycho-environnemental et comportemental à un désir de votre bénéficiaire de cesser toute activité professionnelle.

[...]

7. Conclusion

Les observations professionnelles de cette bénéficiaire qui se sont déroulées à l'Orif de [...] du 3 février 2020 au 28 février 2020 réalisées par la psychologue du travail, les maîtres socio-

professionnels et le médecin conseil autorisent les conclusions suivantes :

En perspective des pathologies annoncées, à savoir une pathologie dégénérative étagée lombaire à l'origine de lombalgies chroniques et la mise en place d'une prothèse totale du genou gauche en 2017 compliquée d'une infection nosocomiale à staphylocoque épidermidis ayant motivé une longue antibiothérapie, actuellement stabilisée nos observations sont les suivantes :

Il s'agit d'une patiente agréable au premier contact, créative, qui envisagerait de s'orienter dans le domaine des soins d'esthétique ou de bien-être.

Les évaluations psychologiques objectivent une estime de soi assez basse et un tableau de dépression modérée sans suivi ni traitement spécifique actuellement.

Elle a des difficultés à se projeter dans des projets professionnels pour des motifs essentiellement psychologiques plus que somatiques.

Sa situation personnelle est assez complexe puisque son mari « navigue » entre le Portugal et la Suisse.

Il semblerait qu'elle souhaite être plus disponible et plus indépendante pour pouvoir suivre plus régulièrement son mari. Cette situation est certainement péjorative dans sa capacité d'intégration socio-professionnelle.

Pour autant, il s'agit d'une femme engagée, toujours motivée dans ce qu'elle a démontré aux ateliers professionnels : comportement agréable, relations interpersonnelles avec la maîtrise mais également avec ses collègues de travail très satisfaisantes.

Sur le plan gestuel, elle est habile, travailleuse.

Sa dextérité manuelle est remarquable.

Son travail est précis.

Ses rendements sont proches de 100 %.

La problématique lombalgique est au premier plan nécessitant des alternances des positions, position debout, position statique assise.

Nous avons constaté sur le plan médical lors de l'examen d'admission au COPAI un certain degré de discordance lors de l'examen clinique entre les capacités de flexion antérieure du buste en position debout et en position allongée (Flapping Test).

Pour autant, les maîtres socio-professionnels estiment majoritairement que les doléances sont plausibles et cohérentes.

La qualité de son travail rendu est satisfaisante.

Les pauses en lien avec les lombalgies décrites sont régulières.

L'absentéisme s'est réduit à une seule journée.

Capacité [de] travail dans l'activité habituelle : Les observations concordent pour définir que dans l'activité habituelle de rénovation de meubles dans une entreprise familiale, il n'y a plus de capacité de travail compatible avec cette atteinte en lien avec :

- L'antériorité de gonarthrose opérée avec mise en place d'une prothèse totale de genou initialement compliquée d'un processus sceptique.
- Des lombalgies mécaniques évoluant sur une pathologie dégénérative étagée.

La capacité de travail dans l'activité habituelle est de 0 %.

Capacité [de] travail dans une activité adaptée :

Dans une activité adaptée, la capacité de travail apparaît de 80 % avec un rendement de 50 %, nettement améliorable avec un reconditionnement neuromusculaire et professionnel.

Nous explicitons ainsi nos conclusions d'une capacité de travail de 80 % avec un rendement de 50 % améliorable et un reconditionnement neuromusculaire et professionnel :

Nos observations font référence à la MTM, (Measure Time Management) mesure de productivité utilisée dans le monde industriel en particulier dans les pays anglo-saxons qui permet de normer les activités professionnelles.

Nos référentiels sont strictement en lien avec cette mesure et permettent d'être déclinés dans les milieux professionnels habituels selon la définition du DOT (Dictionary of occupationnall titles).

Ainsi dans les activités proposées au cours de l'évaluation COPAI, les rendements sont bien actuellement en moyenne de 50 % même si dans certaines activités ces rendements sont plus élevés et peuvent atteindre 100 % en particulier dans la manipulation de petites pièces.

La diminution du rendement est strictement en lien avec les douleurs rachidiennes et à un moindre degré avec les gonalgies gauches du compartiment médial décrites par Mme A. _____.

Ce tableau algique lui impose des pauses, des modifications de postures, des interruptions d'activités de l'ordre de 10 minutes par heure en moyenne.

Nous considérons dans une approche médicale que chez une femme à surcharge pondérale, déconditionnée sur le plan neuromusculaire et professionnel, un processus de rééducation fonctionnelle actif en centre de rééducation fonctionnelle pourrait améliorer les rendements à 70 %.

Un travail psychologique complémentaire et d'accompagnement sur les fausses croyances dans lesquelles s'inscrit actuellement votre

bénéficiaire pourrait également contribuer à l'amélioration des rendements.

Mme A. _____ considère en effet que sa pathologie ne peut que s'aggraver et être plus incapacitante sans que cette appréciation soit sous-tendue par des éléments médicaux objectifs, en l'absence de radiculopathie déficitaire sur le plan sensitivomoteur au niveau des deux membres inférieurs, en l'absence de troubles vésico sphinctériens, en l'absence de signe de gravité de l'imagerie rachidienne (pas d'image de hernie discale compressive, pas de signe de canal lombaire étroit) et en l'absence de limitation fonctionnelle objective et significative au niveau du genou gauche et du genou droit.

[...]

8. Opinion du bénéficiaire

La bénéficiaire précise qu'elle a toujours de fortes douleurs dans son genou gauche en plus de son dos. L'annonce du 80% la met dans un état de détresse émotionnelle et elle dit que cela la stresse beaucoup au vu de la dégradation de sa maladie. Elle ne se sent pas capable de supporter un tel taux et ne pense pas qu'un employeur pourrait souhaiter l'employer. Elle dit toutefois être prête à essayer et à retourner sur le marché de l'emploi si l'OAI l'aide à trouver une place adaptée. Elle souhaite également effectuer une psychothérapie, mais l'aspect financier pose problème."

Selon un document intitulé « REA - Rapport final » du 16 juin 2020, le service de réadaptation professionnelle de l'OAI a retenu une capacité de travail de 80 %, avec diminution de rendement de 30 %, sur la base du rapport de l'Orif de [...]. Une aide au placement était indiquée étant donné que l'assurée se disait preneuse de la mesure en précisant qu'elle voulait bien essayer.

Un avis juriste du 16 juillet 2020 s'est positionné comme suit en lien avec les divergences sur l'estimation de la capacité de travail résiduelle de l'assurée entre le médecin-examineur du SMR et l'Orif :

"En l'occurrence, force est premièrement de constater que l'appréciation de l'examineur SMR ne diverge pas fondamentalement de celle de l'Orif. En effet, ces derniers retiennent une capacité de travail de 80% - contre 75% pour le SMR. Dans leurs conclusions, ils mentionnent une diminution de rendement de 30%. Or, il ressort également de leur rapport que le rendement de l'assurée atteint 100% selon les activités, par exemple dans la manipulation de petites pièces. Nous relevons que certains des exemples d'activités adaptées mentionnées par le service de réadaptation dans son calcul du salaire exigible y

correspondent. De plus, il est également spécifié que lorsqu'il y a diminution de rendement, elle se traduit par des pauses ou modification[s] de postures, interrompant l'activité de l'ordre de 10 minutes par heure en moyenne. De telles interruptions correspondent donc en réalité à une diminution de rendement moindre que celle annoncée, de l'ordre de 16-17%.

Nous pouvons également relever que des éléments subjectifs pourraient avoir influencé négativement ces rendements, par exemple comme le relèvent les auteurs du rapport de l'Orif : « *Mme A. _____ considère en effet que sa pathologie ne peut que s'aggraver et être plus incapacitante sans que cette appréciation soit sous-tendue par des éléments médicaux objectifs* », et même si les doléances sont majoritairement jugées plausibles et cohérentes, un certain degré de discordance est constaté lors de l'examen clinique. Les difficultés à se projeter dans un projet professionnel seraient en outre essentiellement liées à des motifs psychologiques plutôt que somatiques.

Compte tenu de ces éléments, et au regard de la jurisprudence susmentionnée, il convient, en l'absence de nouveaux éléments médicaux, de privilégier l'appréciation ressortant de l'examen clinique rhumatologique effectué par le SMR - soit une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée.

Sur la base de la fiche de calcul du salaire exigible établie par le service de réadaptation le 16 juin 2020, fixant les revenus avec et sans invalidité sur les mêmes bases statistiques et en l'absence d'abattement, il en résulte un préjudice économique de 25%."

Par projet de décision du 27 juillet 2020, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui reconnaître le droit à une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100 % du 1^{er} mai 2017 au 30 septembre 2018 et lui refuser le droit à un reclassement professionnel. Selon ses constatations, l'intéressée présentait une incapacité de travail et de gain totale dans son activité professionnelle habituelle. En revanche, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, sa capacité de travail était exigible à un taux de 75 % depuis le 11 juin 2018. Les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes :

"Genoux : pas de position assise prolongée au-delà de 45 minutes, pas de position debout prolongée au-delà de 20 minutes, pas de position debout statique au-delà de 10 minutes, pas de montée-descente d'escaliers, pas de position accroupie ou à genoux, pas de marche sans s'arrêter au-delà de 4 km.

Rachis lombaire : pas de position assise ou debout prolongée au-delà de 45 minutes, pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux."

L'OAI attirait l'attention de l'assurée sur son obligation de mettre à profit sa capacité résiduelle de travail en exerçant une activité adaptée à son état de santé dans des activités industrielles légères par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement, aide-administrative (réception, scannage et autres) ou vente simple (shop et autres). Dès le 11 juin 2018 et sur cette base, la comparaison entre le revenu de valide (55'229 fr.) et celui d'invalidé (41'421 fr.) montrait un préjudice économique qui correspondait à un degré d'invalidité de 25 %. Partant, il y avait lieu de supprimer la rente de l'assurée à l'échéance du délai de trois mois suivant l'amélioration, soit au 30 septembre 2018. De même, aucune mesure simple et économique ne permettait de réduire le préjudice économique découlant de l'atteinte à la santé, sous la réserve d'un soutien du service de placement de l'OAI pour aider l'assurée à réintégrer le monde de l'économie.

Par communication du 27 juillet 2020, l'OAI a informé l'assurée qu'elle serait prochainement invitée à participer à une séance d'information en lien avec la mesure d'aide au placement (au sens de l'art. 18 LAI) à laquelle elle avait droit. Cette dernière a renoncé, le 15 septembre 2020, à entrer dans une démarche de recherche d'une activité professionnelle.

Le 8 septembre 2020, l'assurée a fait part de sa contestation envers le projet de décision du 27 juin 2020. Elle estimait ne pas présenter une capacité de travail telle que retenue par le SMR en demandant de lui octroyer « une rente, non pas limitée dans le temps, mais une rente qui tient compte de [son] réel état de santé et de [sa] perte économique ». A cet effet, la Dre P. _____ a adressé à l'OAI un rapport du 13 novembre 2020, rédigé en ces termes :

“Par la présente, et d'entente avec la patiente susnommée, je vous prie de bien vouloir réévaluer le projet de rente d'invalidité du 27 juillet 2020. Notez qu'un courrier de la patiente vous est parvenu début septembre.

Comme déjà mentionné dans mes courriers précédents, Mme A. _____ est connue [pour] les diagnostics et antécédents suivants :

- Lombalgies chroniques d'origine musculo-squelettique aspécifiques invalidantes avec arthrose postérieure L1-L2, L2-L3, L4-L5, Modic I en L3-L4. Répercussion sur la capacité de travail depuis Octobre 2016.
- S/p prothèse fémoro-patellaire gauche en 2016, remplacée le 28.11.2017 avec infection péri-opératoire, et traitement antibiotique jusqu'en mars 2018. Répercussion sur la capacité de travail depuis Octobre 2016.
- Arthrose fémoro-patellaire droite, indication opératoire claire mais reportée en raison des problèmes mentionnés ci-dessus. Répercussion sur capacité de travail depuis Octobre 2016.

Les diagnostics et antécédents entraînent les limitations et observations suivantes :

- Gonalgies bilatérales, nécessitant des traitements par infiltration, dont la dernière en date du 10.11.2020.
 - Lombalgies basses bilatérales, actuellement soulagée[s] après infiltration antalgique et lombo-pygalgies à prédominance droite.
 - Boiterie à la marche.
 - Mobilisation genou gauche sans particularité mais douleurs palpation latérale interlignes des deux côtés. Mobilité hanche gauche sans particularité.
 - Genou droit mobilité sans particularité mais douleur en flexion maximale, flexum environ 5-10°, extension forcée douloureuse. Hanche D mobilité libre mais douleurs flanc D en abduction et flexion.
 - douleurs région lombaire basse D, flanc D, pli inguinal D, élicitée par tous les mouvements du tronc : flexion avant, latérale D et G, extension et rotation ddc.
- Pas de douleurs à la palpation et percussion du rachis (soulagée par infiltration).
- Pygalgie D avec irradiation vers pli inguinal droit.

Les mesures thérapeutiques sont les suivantes :

- Antalgie quotidienne par paracétamol, tramadol
- Traitement de soutien par escitalopram 10 mg/j
- Infiltrations itératives d'antalgiques
- Thérapies physiques, notamment en piscine

Comme déjà mentionné dans les courriers précédents, Mme A. _____ se montre active et motivée dans la prise en charge de son état de santé, suivant scrupuleusement les prescriptions et antalgiques et physiothérapeutiques, tout en continuant les auto-exercices chez elle.

Malgré cet engagement, elle reste extrêmement limitée dans ses activités au quotidien : la station debout prolongée, associée à des mouvements du haut du corps tel que pour les activités ménagères s'avère rapidement douloureuse, tant au niveau du dos que des genoux. Dans les situations l'amenant à dépasser ce seuil de tolérance, les répercussions douloureuses sont importantes tant en intensité qu'en durée, avec une récupération sur plusieurs jours.

J'observe par ailleurs que sur la durée d'une consultation « standard » (limitée, comme vous le savez, à 20 minutes...). Mme A. _____ n'est pas en mesure de maintenir la position assise tout du long en raison des douleurs lombaires et des genoux. Elle doit donc régulièrement se lever, s'étirer, faire quelques pas voir rester debout jusqu'à ce que cette station aussi devienne pénible à supporter.

Dans ce sens, votre estimation de la capacité de travail de ma patiente me semble démesurée :

La position assise, tant pour le rachis lombaire que pour les genoux n'est pas tenable pour une durée de 45 minutes, ni même la position debout pour 20 minutes, le seuil douloureux étant atteint déjà bien plus vite, comme observé en consultation.

Le taux d'activité de 75 % supposerait un nombre d'heures de travail d'affilée intenable par rapport aux limitations fonctionnelles ainsi qu'un temps de récupération bien trop court entre les heures de travail.

Les activités industrielles légères mentionnées dans notre projet ne me semblent pas compatibles avec les limitations rencontrées : une activité de montage/contrôle/surveillance d'un processus de production ne me semble dans les faits pas conciliable avec la durée de station debout et assise maximale, tant bien même qu'il serait possible d'alterner entre les deux. Un travail d'ouvrière d'établi ou de conditionnement, aussi léger soit-il présentera les mêmes problèmes d'endurance limitée par la douleur. Le travail d'aide administrative et de vente posera les mêmes challenges. A noter que l'alternance assis-debout répétée est elle-même un facteur d'aggravation des douleurs, de par la charge au lever.

Dès lors que l'on trouverait une activité (et un employeur) adaptée aux limitations fonctionnelles et à l'endurance de la patiente, le taux d'activité proposé de 75 % me semble, comme mentionné ci-dessus, trop important en terme[s] de capacité d'heures de travail d'affilée et de récupération.

Dans ce sens, je me joins donc à l'objection de la patiente et vous demande de bien vouloir réévaluer la situation.

Je joins à ce courrier les rapports de consultation ayant eu lieu après mon dernier courrier à votre intention, sachant que certains rapports de consultation récents ne me sont pas encore parvenus.

[...]

Annexes :

- rapport consultation 10.12.2018, Dr Z. _____
- rapport de consultation 29.04.2019, Dr I. _____
- rapport de consultation 04.10.2019, Dr J. _____
- rapport de consultation 08.11.2019, Dr J. _____
- rapport de consultation 03.02.2020, Dr Q. _____
- rapport du consultation du 24.02.2020, Dre W. _____”

Aux termes d'un avis « audition » SMR du 6 janvier 2021, la Dre O. _____ a fait le point définitif de la situation comme suit :

“Assurée de 51 ans, portugaise, en suisse depuis 2001, mariée, sans formation, depuis 2006 aide-restauratrice de meubles à 100% dans une entreprise familiale.

Il s’agit d’une 1-ère demande AI pour les problèmes ostéo-articulaires.

Le rapport d’examen clinique SMR du 3.09.2019 retient une IT [incapacité de travail] limitée dans le temps à partir du 30.05.2016 au 11.06.2018, ensuite CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] 75 % et CTAH [capacité de travail dans l’activité habituelle] nulle pour les atteintes des gonalgies sur arthrose, opéré 2 fois à gauche et des lombalgies dans un contexte des troubles dégénératif[s]. Les observations de REA [la division de réadaptation] concernant la CTAA vont dans le même sens.

L’assurée conteste le projet de décision du 27.07.2020 octroyant une rente limitée dans le temps, soutenue par un nouveau RM [rapport médical] du 13.11.2020 du Dre P._____. Ce médecin-traitant est d’avis que l’assurée n’a pas de CTAA de 75% aux LF [limitations fonctionnelles] pour les membres inférieurs et le rachis. Ce rapport, ainsi que les rapports des consultations spécialisés annexés, n’amènent pas de nouvel élément objectif susceptible de modifier notre position. Il s’agit d’une appréciation différ[e]nte d’un même état médical.

Les conclusions du rapport d’examen clinique du SMR du 3.09.2019 sont à maintenir.”

Par décision du 23 février 2021, l’OAI a alloué à l’assurée une rente entière d’invalidité du 1^{er} mai 2017 au 30 septembre 2018 conforme à la teneur de son projet d’acceptation de rente. Aux termes d’un courrier du 13 janvier précédent adressé à l’assurée, l’OAI a confirmé, qu’après analyse des pièces versées au dossier, les rapports de consultation spécialisés n’amenaient pas de nouvel élément objectif susceptible de modifier sa position, et qu’il s’agissait d’une appréciation différente d’un même état médical. Dans ces conditions, son préavis du 27 juillet 2020 reposait sur une instruction complète sur le plan médical et économique, et était conforme en tous points aux dispositions légales ; il devait être confirmé.

B. Par acte du 26 mars 2021, A._____, représentée par Me Tiphany Chappuis, a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme en ce sens qu’elle a droit à une rente entière du 1^{er} mai 2017 au 30 septembre 2018, puis « à une rente d’invalidité tenant compte d’une capacité de travail dans une activité adaptée qui n’est pas supérieure à 50 % à compter du 1^{er} octobre 2018 », et subsidiairement à l’annulation de la décision attaquée

ainsi qu'au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle a reproché à l'office intimé d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante du rapport d'examen rhumatologique SMR du 23 septembre 2019 ; s'appuyant sur les divers rapports médicaux recueillis au dossier ainsi que sur les conclusions de l'Orif, elle estimait présenter une capacité de travail de 50 % au maximum dans une activité adaptée. Elle a par ailleurs demandé le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite, demande qui a été refusée par décision du 30 mars 2021 de la juge en charge de l'instruction.

Dans sa réponse du 18 mai 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il relevait l'absence d'éléments objectivement vérifiables jusqu'à la décision attaquée qui avaient été ignorés dans le cadre de l'instruction et susceptibles de rediscuter l'aptitude au travail retenue, renvoyant à ce propos à l'avis juriste du 16 juillet 2020 ainsi qu'à l'avis SMR du 6 janvier 2021 recueillis au dossier.

Une copie de cette écriture a été communiquée à la recourante pour information le 21 mai 2021, laquelle a également été informée de la possibilité de consulter le dossier déposé auprès du greffe du tribunal.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné

(art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité au-delà du 30 septembre 2018.

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

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

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

c) Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps, doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (VALTERIO, Commentaire : Loi fédérale sur l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2018, n. 6 *ad* art. 31 LAI et réf. cit. p. 495). Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. notamment TF 8C_180/2009 du 8 décembre 2009 consid. 3 et réf. cit. ; TF 9C_718/2009 du 4 février 2010 consid. 1.2 et réf. cit.).

Lors de l'octroi d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps, le moment déterminant pour effectuer la comparaison est, d'une part, le moment du début du droit à la rente et, d'autre part, celui de la diminution ou de la suppression de la rente en application du délai de trois mois prévu à l'art. 88a RAI (VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n. 3068 et réf. cit. p. 833 s. ; cf. également TF 9C_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1 et réf. cit.).

d) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements

fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

e) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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 ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

f) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des

constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

g) Conformément à l'art. 59 al. 3 LAI, les offices AI peuvent faire appel aux services de centres d'observation professionnelle de l'AI (COPAI) dans des cas particuliers, pour l'examen pratique de la capacité de travail d'un assuré. Les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (TF 8C_244/2015 du 8 mars 2016 consid. 5.2 et les références citées). Dans les cas où ces appréciations (d'observation professionnelle et médicale) divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (TF 9C_136/2014 du 24 juin 2014 consid. 3.3 et les références citées). Reste que ces informations recueillies au cours d'un stage, pour utiles qu'elles soient, ne sauraient, en principe supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (TFA I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2 et les références citées).

4. a) L'autorité intimée a alloué une rente entière d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} mai 2017 au 30 septembre 2018, au motif qu'après avoir présenté une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle d'aide-restauratrice de meubles et dans toute autre activité à compter du 30 mai 2016, la recourante avait retrouvé une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (*Genoux* : « pas de position assise prolongée au-delà de 45 minutes, pas de position debout prolongée au-delà de 20 minutes, pas de position debout statique au-delà de 10 minutes, pas de montée-descente d'escaliers, pas de position accroupie ou à genoux, pas de marche sans s'arrêter au-delà de 4 km ». *Rachis lombaire* : « pas de position assise ou

debout prolongée au-delà de 45 minutes, pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux ») depuis le 11 juin 2018. Cette décision se base sur l'avis juriste du 16 juillet 2020 ainsi que l'avis SMR du 6 janvier 2021 qui attribuent tous deux valeur probante au rapport d'examen clinique rhumatologique SMR du 23 septembre 2019 du Dr T._____.

De son côté, la recourante soutient que l'office intimé n'a pas correctement tenu compte des rapports médicaux figurant au dossier ainsi que des conclusions de l'Orif, alléguant disposer d'une capacité résiduelle de travail « qui n'est pas supérieure à 50 % à compter du 1^{er} octobre 2018 » et avoir le droit à une rente d'invalidité au-delà du 30 septembre 2018. Elle conteste le pronostic « réservé » du médecin-examineur du SMR quant à la reprise d'une activité professionnelle adaptée à hauteur de 75 % dès juin 2018.

b) A l'occasion de leurs consultations respectives, les Drs H._____ et X._____ ont évalué la capacité de travail de l'assurée à 50 % dans une activité adaptée dès juin 2017 pour le second et dès octobre 2018 pour le premier. Le 20 décembre 2018, le Dr H._____ a toutefois revu son avis et fixé à 0 % la capacité de travail dans une activité adaptée depuis la première chirurgie en octobre 2016. Ces évaluations de la capacité de travail ne sont toutefois pas motivées.

Dans son rapport du 13 décembre 2018, la Dre P._____ retient une totale incapacité de travail depuis le 5 octobre 2016 en raison de douleurs chroniques et imprévisibles, avec la précision que « la patiente ne peut à l'heure actuelle absolument pas envisager actuellement une reprise d'une activité professionnelle, même à temps partiel, en tant qu'employée dans l'entreprise de son mari ébéniste ». Cette estimation repose ainsi dans une large mesure sur le ressenti de l'assurée.

Après la reprise chirurgicale réalisée en novembre 2017, lors de sa consultation du 29 avril 2019, le Professeur I._____ indique une

évolution favorable avec une récupération des amplitudes de mobilité articulaire normales au niveau du genou gauche ainsi qu'une stabilité satisfaisante.

Au vu des avis divergents sur l'estimation de la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée, le SMR constate qu'un examen rhumatologique est nécessaire ; cet examen est réalisé en septembre 2019 par le Dr T._____.

Il convient de rappeler que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI peuvent revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences requises par la jurisprudence en matière d'expertise médicale, bien qu'ils ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4 ; TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3, 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références citées, passage non publié *in* ATF 135 V 254). Il n'existe en effet pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6).

Au terme de son examen clinique, le rhumatologue du SMR retient le diagnostic incapacitant de gonalgies droites chroniques dans un contexte de gonarthrose fémoro-patellaire (M17.0) et ceux, associés, de lombalgies chroniques, non déficitaires, dans un contexte de troubles dégénératifs articulaires postérieurs étagés et de protrusion discale L3-L4 et de gonarthrose fémoro-patellaire gauche, traitée par prothèse partielle, nécessité de reprise avec pose d'une prothèse totale et surinfection traitée par antibiotique. Sans effet sur la capacité de travail, il retient une obésité de classe II. Ce rapport d'examen comporte la prise en compte des

plaintes ostéoarticulaires de l'assurée et ses attentes vis-à-vis de l'OAI, dresse une anamnèse détaillée (familiale, scolaire et professionnelle ainsi que par système) y compris le descriptif d'une journée-type, et se fonde sur un résumé des pièces médicales à disposition. Il décrit un examen clinique détaillé effectué par le Dr T._____ qui examine les imageries du dossier radiologique, discute des avis des autres médecins et motive dûment ses conclusions. Les limitations fonctionnelles sont arrêtées sur la base des constatations médicales, des déclarations de l'assurée et en tenant compte également des incohérences relevées (malgré l'importance des douleurs alléguées, cette dernière est capable de faire son ménage en fractionnant les tâches et a pu se rendre en avion puis revenir en voiture au Portugal le temps d'un voyage pour visiter sa famille, ce qui est incompatible avec la durée de tolérance en station assise de dix minutes annoncée ; rapport d'examen p. 9).

Le médecin-examineur du SMR conclut à une capacité de travail dans une activité adaptée de 75 % sans réserve contrairement à ce qu'invoque la recourante. Il a relevé d'importantes incohérences entre les allégations de l'assurée quant à la persistance des douleurs et quant aux répercussions de celles-ci sur la vie de tous les jours avec les constatations objectives (rapport d'examen p. 11). Le Dr T._____ a confirmé cliniquement une évolution post-opératoire au niveau du genou gauche favorable avec une mobilité dans les normes (110° de flexion contre 120° à gauche), une mobilisation en décharge indolore, une absence de signe inflammatoire, d'amyotrophie ou d'épanchement mais uniquement la persistance d'une légère tuméfaction antérieure (considérée comme dans les normes) après une pose de prothèse, une bonne stabilité, ainsi qu'une prothèse en place sur les radiographies. Il n'a pas été en mesure d'expliquer, à lecture des hypothèses figurant dans le rapport de consultation du 4 juin 2019 du Professeur I._____, la persistance des douleurs importantes (avec une boiterie) du côté gauche, notant par ailleurs la situation qui était bonne au niveau lombaire (avec l'absence de syndrome rachidien, de sciatalgies, et de troubles dégénératifs majeurs), et que le port d'une canne devrait se faire à gauche plutôt qu'à droite. A droite, l'assurée présentait une mobilité

complète du genou, indolore. Hormis un crissement fémoro-patellaire à la mobilisation et un rabet rotulien net pour une surcharge fémoro-patellaire, il n'y avait pas d'épanchement, ni d'amyotrophie du genou. Au niveau du rachis, elle avait une attitude scoliotique à convexité droite, pas de gibbosité significative en flexion du tronc, ni d'attitude antalgique. Alors qu'elle se décrivait très limitée au niveau de son rachis lombaire, elle présentait une mobilité à la limite inférieure des normes en flexion avec un indice de Schober lombaire de 10-14,5 centimètres, la flexion était indolore, l'extension limitée à un tiers. La palpation des articulations lombaires était uniquement douloureuse en L4, L5 et sur le sacrum, sans contracture paravertébrale. Les transferts des positions assis-debout étaient légèrement ralentis. Il était retenu une légère raideur rachidienne mais pas de syndrome vertébral (absence de contracture paravertébrale et mobilité conservée). Le score de Waddell était négatif avec un sur cinq signes sous forme d'une réaction exagérée.

Puis, l'examineur a indiqué que le Dr F. _____ avait noté, à la lecture d'une IRM lombaire réalisée le 31 janvier 2017, des troubles dégénératifs postérieurs étagés de L1-L3 à L4-L5, une protrusion discale en L3-L4 et des signes de discopathies de type Modic en L3-L4. Le Dr T. _____ a retenu des limitations fonctionnelles aux genoux (pas de position assise prolongée au-delà de quarante-cinq minutes ; pas de position debout prolongée au-delà de vingt minutes, pas de position debout statique au-delà de dix minutes, pas de montée-descentes d'escaliers, pas de position accroupie ou à genoux, et pas de marche sans s'arrêter au-delà du kilomètre) ainsi qu'au rachis lombaire (pas de position assise ou debout prolongée au-delà de quarante-cinq minutes, pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc et pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, et, globalement, pas de port de charges supérieures à cinq kilos en utilisant un sac à dos avec des déplacements sur de courtes distances en portant une charge légère dans une main, comme par exemple un dossier, possibles).

De l'avis du médecin-examineur, la capacité de travail exigible était déterminée en premier lieu par la tolérance mécanique du genou droit, au second plan par la tolérance mécanique du rachis lombaire

et en dernier lieu, par la tolérance mécanique de la prothèse du côté gauche. Dans une activité ménageant les genoux et le rachis lombaire, les éléments du dossier, anamnestiques et objectivables à disposition conduisaient le spécialiste du SMR à conclure à une exigibilité de 75 %, ou l'équivalent de deux fois trois heures de travail par jour, « à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation ». Le début de cette exigibilité était fixé à partir du 11 juin 2018 qui correspond à la date de consultation du Dr Z. _____, orthopédiste, soit à plus de six mois de la seconde opération du genou gauche effectuée le 28 novembre 2017 et avec les éléments objectivables au niveau du genou gauche montrant une bonne évolution post-opératoire. Le médecin-examineur du SMR précisait qu'une exigibilité entre la première (le 6 octobre 2016) et la seconde intervention chirurgicale du genou gauche ne pouvait être retenue en raison de la décompensation décrite au niveau lombaire avant l'opération du 28 novembre 2017 ainsi que de la période trop courte entre la reprise à 50 % proposée par le Professeur X. _____ et la deuxième intervention.

Les conclusions du médecin-examineur du SMR reposent sur des éléments appréciés de manière objective en tenant compte de l'ensemble de la situation médicale. Il convient de préciser que si le pronostic est réservé quant à la reprise d'une activité professionnelle au vu des allégations douloureuses et du ressenti de l'assurée par rapport à ses capacités, ceci ne signifie pas que le Dr T. _____ a lui-même des doutes sur la capacité de travail dans une activité adaptée médico-théorique (qui est seule déterminante) mais plutôt sur la capacité subjective de l'intéressée à reprendre une activité. Enfin, le renvoi à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation ne signifie pas qu'il s'agit de faire évaluer la capacité de travail par ce spécialiste mais bien plutôt d'examiner dans quel domaine d'activité cette capacité de travail peut être mise en valeur.

Nanti des données médicales du SMR, l'OAI a ainsi octroyé une mesure d'observation professionnelle de type COPAI (au sens de l'art. 59 al. 3 LAI) à un taux de présence de 100 % auprès du Centre Orif de [...], du

3 au 28 février 2020, qui a établi son rapport le 2 juin 2020 ; il en ressort que l'assurée a démontré une bonne habileté manuelle et que sa capacité de travail était estimée à 80 % avec un rendement de 50 %, « nettement améliorable par un reconditionnement avec neuromusculaire et professionnel ». Dans son rapport final du 16 juin 2020, le service de réadaptation à l'OAI a évalué la capacité de travail sur cette base. Or, en page 14 du rapport de l'Orif, en lien avec la diminution du rendement, il est écrit que le tableau algique (en lien avec les douleurs rachidiennes et dans un moindre degré avec les gonalgies gauches du compartiment médial décrites) impose à l'assurée des pauses, des modifications de postures avec des interruptions d'activités de l'ordre de dix minutes par heure en moyenne. Il apparaît en outre que celle-ci va parfois se coucher sur un banc pendant une heure à une heure et demie (rapport de l'Orif p. 11), ce qui n'est évidemment pas compatible avec ce qui est exigible d'elle. Il est clairement indiqué en page 12 du rapport de l'Orif que « les rendements obtenus se situent en général à 50 % » pour tenir compte de « quelques interruptions (une par heure) de dix minutes pour soulager le dos ». Or en réalité ce rendement tient manifestement compte des longues pauses de plus d'une heure dont personne ne reconnaît leur admissibilité. Ce raisonnement ne peut dès lors être suivi.

Enfin, il est constaté que dans certaines activités impliquant de la dextérité manuelle (contrôles de qualité telles que la mesure de pièces au pied à coulisse ou le contrôle de prises électriques ainsi que des travaux légers à l'établi tels que la confection d'objets tridimensionnels en carton ou de paniers en rotin et le montage d'éléments vissés) les rendements sont proches de 100 %, ce qui laisse suggérer que les activités pour lesquelles une pause était nécessaire ne respectaient pas les limitations fonctionnelles et que, lorsque celles-ci sont respectées, un plein rendement peut être attendu. Il y a lieu de relever au demeurant qu'aucun autre médecin n'avait indiqué la nécessité d'observer une pause de dix minutes toutes les heures avant le service de réadaptation de l'OAI ; ce n'est en effet que dans son rapport ultérieur du 13 novembre 2020 que la médecin traitant indique la nécessité d'effectuer des pauses fréquentes. En outre, ce constat se fonde sur les observations de l'assurée

lors du stage à l'Orif alors que le SMR a expressément relevé des discordances entre ses allégations, sur ses capacités, et les constatations cliniques. Lors de la mesure d'observation professionnelle, il a été noté des contradictions durant l'examen clinique d'admission tout en relevant que « les doléances sont plausibles et cohérentes » (rapport de l'Orif p. 13). Il a été rapporté également une situation asséurologique complexe de l'assurée dans le contexte d'avis médicaux divergents, avec la mention que des facteurs psycho-environnementaux (retraite anticipée de son mari) agissaient sur son comportement et sa volonté de cesser toute activité professionnelle (rapport de l'Orif p. 8) et que sa volonté de suivre son mari dans ses séjours au Portugal péjorait sa capacité d'intégration socio-professionnelle (rapport de l'Orif p. 12). Or, l'évaluation recueillie lors du stage n'a manifestement pas pris en compte ces éléments dans l'évaluation du rendement puisqu'il correspond au rendement observé en atelier sans aucune pondération. Par ailleurs, en indiquant qu'une approche médicale considérée chez une femme en surcharge pondérale, déconditionnée sur le plan neuromusculaire et professionnel, améliorerait le rendement (rapport de l'Orif, p. 14), la mesure d'observation fait ainsi référence à l'obésité pourtant pas jugée incapacitante. Finalement, elle constate que l'assurée est habile, a une remarquable dextérité manuelle, que son travail est précis et que le rendement dans l'exercice de son travail est proche de 100 % (rapport de l'Orif p. 13). Ces éléments démontrent au final que, dans une activité adaptée au handicap, le rendement est entier.

C'est le lieu de rappeler que la capacité de travail est une question qui doit être évaluée en premier lieu par un médecin (ATF 140 V 193 consid. 3.2). Le rôle de celui-ci est d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler, en se fondant sur des constatations médicales et objectives, soit des observations cliniques qui ne dépendent pas uniquement des déclarations de l'intéressé, mais sont confirmées par le résultat des examens cliniques et paracliniques (TF 8C_96/2021 du 27 mai 2021 consid. 4.3.1 et la référence). En l'espèce, les conclusions du Dr T. _____ sont complètes et convaincantes. Il convient de constater, avec le juriste de l'OAI dans son

avis du 16 juillet 2020, que l'appréciation de l'examineur du SMR n'est pas si éloignée de celle de l'Orif, respectivement du service de réadaptation de l'OAI, pour ce qui concerne la capacité de travail dans une activité adaptée ; en effet, les limitations fonctionnelles correspondent, et la capacité de travail dans une activité adapté est de 80 % avec rendement de 70 % voire 100 % contre une capacité de travail dans une activité adaptée de 75 %. A cela s'ajoute que le service de réadaptation de l'OAI n'a pas décelé d'éléments qui n'auraient pas été pris en compte par le SMR. Du reste, le taux d'activité retenu par le service de réadaptation de l'OAI (80 %) est supérieur à celui fixé par le SMR (75 %). En revanche, ses conclusions au sujet de la diminution de rendement ne sont pas convaincantes pour les motifs indiqués plus haut et ne sauraient jeter le doute sur la valeur probante des constatations et conclusions du SMR. On retiendra que le stage COPAI à l'Orif de [...] en février 2020 a démontré que la recourante avait les ressources suffisantes pour se réorienter (bonne motivation, comportement agréable, relations interpersonnelles très satisfaisantes, bonnes capacités, adaptabilité, travail de qualité).

c) Le rapport du 13 novembre 2020 de la Dre P._____ établi postérieurement au rapport d'examen clinique rhumatologique du 23 septembre 2019 ne permet pas de mettre en doute les conclusions du médecin-examineur du SMR.

La médecin traitant a contesté la capacité de travail résiduelle de 75 % en qualifiant cette estimation de « démesurée » aux motifs qu'elle est trop importante en termes de capacité d'heures de travail d'affilée et de récupération compte tenu des « problèmes d'endurance limité par la douleur ». Elle ne tient pas compte à son tour du fait que l'assurée est démonstrative et qu'elle sous-estime ses capacités comme l'a constaté le SMR. La Dre P._____ nie la capacité de tenir la position assise pour une durée de quarante-cinq minutes, alors que celle-ci a pourtant été reconnue par le médecin durant le stage COPAI de février 2020. Par ailleurs, la médecin traitant ne se prononce pas sur les incohérences ressortant du dossier, comme, par exemple pour ce qui concerne la station assise, le fait que la recourante est prête à faire des

voyages jusqu'au Portugal en avion ou en voiture. Outre le fait qu'il est admis de jurisprudence constante que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5), on relève que la Dre P._____ s'est essentiellement fondée sur les douleurs de la recourante et n'a pas mis en évidence un élément nouveau par rapport à l'examen final du médecin du SMR. Or, ce dernier a examiné la question de la capacité de travail, non pas simplement en considérant que les pathologies induisent une incapacité de travail totale mais en appréciant le degré de gravité fonctionnel (pour chaque genou [pas de position assise prolongée au-delà de quarante-cinq minutes, pas de position debout prolongée au-delà de vingt minutes, pas de position statique au-delà de dix minutes, pas de montée-descente d'escaliers, pas de position accroupie ou à genoux, et pas de marche sans s'arrêter au-delà du kilomètre] et le dos [pas de position assise ou debout prolongée au-delà de quarante-cinq minutes, pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, globalement pas de port de charges supérieures à cinq kilos, en utilisant un sac à dos ainsi que déplacements possibles sur de courtes distances en portant une charge légère dans une main]) en pondérant les déficits et les ressources, en déterminant la cohérence des plaintes de l'assurée et son comportement dans ses différentes activités et en excluant les facteurs contextuels non médicaux qui empêchent l'assurée de reprendre une activité professionnelle.

d) Pour le reste, les autres médecins qui se sont prononcés sur la capacité de travail dans une activité adaptée n'ont pas motivé leur avis, alors que le Dr T._____ a examiné cette question et y a répondu de manière motivée. Les autres avis médicaux figurant au dossier ne sauraient ainsi jeter le doute sur les conclusions dûment motivées du Dr T._____.

e) Les moyens soulevés par la recourante à l'appui de sa cause sont infondés. On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions circonstanciées du Dr T._____, dont le rapport d'examen

clinique rhumatologique du 23 septembre 2019 remplit les réquisits pour se voir accorder pleine valeur probante (cf. consid. 3e supra). Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse approfondie du cas, en ce qu'il fait état des plaintes exprimées par la recourante, comporte une anamnèse détaillée et circonscrit le contexte déterminant. Reposant sur un examen clinique complet ainsi que l'étude de l'ensemble des pièces médicales à disposition, il contient une appréciation claire de la situation par un spécialiste et aboutit à des conclusions médicales minutieusement motivées et exemptes de contradictions. Celles-ci peuvent donc être suivies.

De ce rapport d'examen clinique rhumatologique probant il convient de retenir qu'après avoir présenté une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle d'aide-restauratrice de meubles et dans toute autre activité à compter du 30 mai 2016, la recourante dispose, malgré les atteintes à la santé qu'elle présente sur le plan physique, d'une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues depuis le mois de juin 2018.

f) Finalement, à la date de la décision litigieuse, la modification de l'état de santé de la recourante depuis le mois de juin 2018 ne justifiait pas l'octroi d'une rente en sa faveur au-delà du 30 septembre 2018 (art. 88a RAI) compte tenu d'un degré d'invalidité de 25 % inférieur au seuil minimum fixé à 40 % ouvrant le droit à cette prestation (art. 28 al. 2 LAI).

5. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 23 février 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge d'A._____.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Tiphane Chappuis (pour A._____),
- 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 :