

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 novembre 2015

Composition : Mme THALMANN, présidente
Mmes Di Ferro Demierre et Pasche, juges
Greffier : M. Grob

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par Me Eric Stauffacher, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8, 16, 17 et 61 let. c LPGA ; 4 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1977, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 21 juillet 2000. Elle travaillait en qualité de sommelière. Selon le questionnaire à l'employeur, signé le 14 septembre 2000 par [...], café-restaurant [...], en bonne santé, l'assurée gagnerait 2'471 fr. net treize fois l'an. Le 23 septembre 1998, elle a été victime d'un accident de la circulation. Selon le rapport de police, elle a déclaré qu'au volant de sa voiture, elle avait effectué une sortie de route en voulant éviter un véhicule venant en sens inverse. La voiture a dévalé le talus en effectuant plusieurs tonneaux pour s'arrêter une vingtaine de mètres en contrebas contre des arbres. L'assurée a été éjectée de sa voiture.

XX._____ Assurances a mandaté expert le Dr C._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui mentionnait notamment qu'il n'y avait pas eu de perte de connaissance, l'assurée ayant été hospitalisée à l'hôpital de [...], où il avait été procédé d'urgence dans l'heure suivant l'accident à la réduction sous narcose d'une luxation de la hanche droite. L'expert a posé les diagnostics de status après luxation traumatique de la hanche droite et arthralgies post-traumatiques. Il estimait l'incapacité de travail totale dans l'activité de serveuse, la durée de l'incapacité ultérieure dépendant du traitement entrepris. Il était en outre d'avis que l'état de santé serait probablement stabilisé après une révision chirurgicale de la hanche.

Le 28 janvier 2000, le Dr J._____, médecin à l'hôpital orthopédique, a posé le diagnostic de suspicion de lésion du labrum acétabulaire postérieur droit post-traumatique.

Le 28 juillet 2000, le Dr K._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a posé le diagnostic de status après luxation de la hanche droite. Il a exposé notamment que l'assurée avait subi le 6 juillet 2000 une intervention majeure au niveau de la hanche droite dans le Service

d'orthopédie de l'Hôpital ZZ._____ à [...] et qu'il était trop tôt pour vouloir se prononcer sur le résultat de cette intervention chirurgicale.

Mandaté expert par XX._____ Assurances, le Dr N._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a établi son rapport le 27 novembre 2000. Il a rappelé notamment ce qui suit :

« Dans un certificat du 10.03.2000, le Prof. GG._____ pose le diagnostic de "Impingement anteromedial des 2 hanches". Il signale que la patiente présente des douleurs constantes depuis l'accident mais au niveau des 2 hanches. Pour lui, la morphologie de l'acetabulum et du fémur proximal n'est pas normale, mais dysplasique d'origine congénitale. Il écrit que l'accident a été plutôt le révélateur de ce problème mais ne joue que peu de cause dans l'évolution actuelle. Le traitement proposé est celui d'une dysplasie de hanche puisqu'il souhaite effectuer une ostéotomie périacétabulaire.

La patiente est hospitalisée à l'Hôpital ZZ._____ du 05 au 13.07.2000.

Le 06.07.2000, elle subit une ostéotomie péri-acétabulaire selon Ganz de la hanche droite. Les suites opératoires sont sans problème particulier à part un hématome relativement important mais qui n'a pas dû être évacué. A la sortie, la patiente doit marcher en charge partielle de 5 kg et ceci pendant 8 semaines.

Le 21.09.2000, la patiente est réopérée par le Prof. GG._____ qui refait une ostéotomie péri-acétabulaire de la hanche droite. D'après son protocole opératoire daté du 11.10.2000, ceci est motivé par une hypercorrection lors de la 1ère opération qui ne pouvait pas être laissée en l'état.

Le 26.09.2000, alors que la patiente est toujours hospitalisée, elle fait un mouvement de contraction brusque dans le lit en ayant glissé au fond de ce dernier. Elle ressent immédiatement une vive douleur raison pour laquelle une radiographie est effectuée. Cette dernière met en évidence un déplacement du montage effectué quelques jours auparavant.

Le 28.09.2000, elle doit être reprise pour nouveau défaut de couverture, puis réostéosynthèse.

Actuellement, la patiente marche toujours en charge partielle de 5 kg. Le prochain contrôle chez le Prof. GG._____ est prévu le 22 ct. Si la radiographie est bonne, une charge partielle progressive sera probablement commencée. ».

L'expert a posé les diagnostics suivants :

- « - Status après luxation postéro-supérieure de la hanche droite sur accident de circulation le 23.09.1998.
- Status après réduction à ciel fermé sous anesthésie de la luxation postéro-supérieure de la hanche droite le 23.09.1998.
- Status après réapparition de douleurs des 2 hanches, plus marquées du côté droit le 16.08.1999 qui ont finalement été mises sur le compte d'une dysplasie cotyloïdienne bilatérale par le Prof. GG. _____ le 10.03.2000.
- Status après ostéotomie péri-acétabulaire de la hanche droite selon Ganz le 06.07.2000.
- Status après nouvelle ostéotomie péri-acétabulaire selon Ganz pour hypercorrection après la 1ère intervention le 21.09.2000.
- Status après réintervention pour nouvelle correction suite à un déplacement secondaire post-opératoire immédiat dans le cadre d'un faux mouvement dans le lit le 28.09.2000.
- Syndrome rotulien droit avec tendinite du tendon rotulien droit, probablement secondaire à une atrophie du quadriceps liée à une sous-utilisation de ce membre inférieur depuis plusieurs mois en raison d'une charge partielle de 5 kg. ».

Il a en outre exposé notamment que la capacité de travail était nulle dès lors que l'assurée avait été opérée trois fois de la hanche droite dont la dernière le 28 septembre 2000, ce qui impliquait qu'encre à l'heure actuelle elle ne pouvait pas charger sur son membre inférieur droit et ne pouvait donc pas reprendre son travail de sommelière qu'elle effectuait auparavant. Il a ajouté ce qui suit :

« 7. Indépendamment de l'origine des troubles, quelle e[s]t la capacité de travail de l'assurée ? Quel est votre pronostic à cet égard ?

(...)

Concernant l'avenir, comme cette patiente présente des séquelles de dysplasie de développement des 2 hanches, qu'elle a déjà été opérée à droite d'une ostéotomie péri-cotyloïdienne et que probablement il faudra prévoir la même intervention du côté gauche, je ne crois pas qu'un travail debout toute la journée puisse se justifier à long terme.

C'est pourquoi je pense que vu son âge, un reclassement professionnel dans une activité semi-assise ne nécessitant pas le port de charges lourdes doit être entrepris rapidement. Si cela est effectué, la patiente aura alors vraisemblablement une capacité de travail complète et ceci pour une longue période, voire probablement jusqu'à la retraite.

(...)

8. Toujours indépendamment de l'origine des troubles, un traitement médical serait-il encore susceptible d'améliorer la situation actuelle ? Si oui, lequel et par qui ?

Oui, car actuellement, le traitement pratiqué par le Prof. GG. _____ n'est pas encore terminé. On doit maintenant réapprendre à la patiente à marcher et surtout lui permettre de refaire une musculature pour diminuer ses douleurs rotuliennes du genou droit par sous-utilisation.

A plus long terme, il faudra vraisemblablement se poser la question du problème de la hanche gauche et il n'est pas exclu qu'une ostéotomie péri-cotyloïdienne soit également nécessaire à ce niveau

La patiente étant en main du Prof. GG. _____, je pense que cette personne est tout à fait qualifiée pour continuer à prendre en charge cette patiente pour la suite du traitement puisque ce genre de problème est sa spécialité. ».

Mandatée par l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : l'OAI VS), A. _____, Psychologue FSP, a conclu son rapport du 4 mai 2001 comme il suit :

« **Conclusion**

Aménagement de personnalité état-limite inférieur organisé autour des défenses du caractère.

La différence relevée entre l'échelle de performance et l'échelle verbale en défaveur de cette dernière, peut s'expliquer par les défenses du caractère, par l'absence d'investissement du savoir et de ce qui n'est pas directement utilisable dans la pratique. A noter que Mme B. _____ ne présente pas les graves troubles de l'insertion dans le temps et dans l'espace, les troubles archaïques de l'intégrité que l'on trouve chez les sujets qui ont des séquelles de psychoses infantiles.

Il est à signaler que l'on trouve très souvent d'importantes défenses du caractère chez les chauffeurs routiers, qui évoquent la liberté dont ils jouissent dans leur travail, leur sentiment d'indépendance et de toute puissance au volant.

Ce qui pose problème chez Madame B. _____, c'est le déficit intellectuel, et surtout l'absence de conscience de ce déficit. Il serait illusoire d'entreprendre une formation, même simple avec un tel niveau, et surtout lorsque s'y ajoutent de telles défenses du caractère.

Actuellement, elle ne se débrouille pas si mal, avec son emploi de sommelière et il paraît difficile de la décourager de tenter encore de passer son permis poids lourd. On peut considérer, vu le fonctionnement de personnalité, qu'il y a une incapacité de travail partielle. ».

Par décision du 21 juin 2001, l'OAI VS a alloué à l'assurée une rente entière depuis le 1^{er} août 2000 en considérant notamment ce qui suit :

« Suite à votre accident de la circulation survenu le 23.09.1998, les incapacités de travail suivantes vous ont été reconnues :

- 100 % du 23.09.1998 au 25.10.1998
- 50 % du 26.10.1998 au 01.11.1998
- 100 % du 22.12.1998 au 28.02.1999
- 100 % du 16.08.1999 au 30.04.2000
- 50 % du 01.05.2000 au 04.07.2000
- 100 % du 05.07.2000 au indéterminé

A noter que les périodes et taux d'incapacité de travail précités ont été attestés par votre assureur-accidents, soit XX. _____-Assurance à [...].

Étant donné que l'atteinte à la santé à prendre en considération est la conséquence exclusive de votre accident de la circulation, et en vertu d'une jurisprudence constante du Tribunal Fédéral des Assurances, nous n'avons aucun motif de nous écarter des incapacités de travail susmentionnées.

Vu ce qui précède, au 01.08.2000, soit au terme du délai de carence d'une année, à compter du 16.08.1999, date du début de l'incapacité de travail de longue durée, une rente entière de l'AI, basée sur un degré d'invalidité de 100%, vous est octroyée.

A noter que nous mandatons ce jour notre service de réadaptation, afin que ce dernier procède à l'examen de vos possibilités de réadaptation dans une activité adaptée à votre état de santé. ».

A cette décision était jointe une feuille de calcul prenant en compte un salaire mensuel brut de 2'710 fr. treize fois l'an en 2000 adapté à 2'810 fr. treize fois l'an en 2001.

B. Dans un questionnaire pour la révision de la rente qu'elle a signé le 11 août 2001, l'assurée a mentionné qu'une nouvelle opération était éventuellement prévue en fin d'année 2001, début 2002. Elle a indiqué recevoir un gain intermédiaire, son employeur étant le café [...]. En ce qui concerne l'horaire de travail avant la modification de l'état de santé, elle a mentionné environ 42 heures par semaine pour un salaire de plus ou moins 2'000 fr. et le même nombre d'heures pour un même salaire après la modification de l'état de santé.

Lors d'un entretien le 28 août 2001 avec une gestionnaire de l'OAI VS, l'assurée a notamment expliqué travailler depuis le mois d'avril au café [...] à [...], qu'elle n'était pas engagée à plein temps mais pouvait faire parfois 42 heures par semaine, la patronne étant très compréhensive et lui permettant de s'asseoir. Elle a déclaré ne ressentir aucune douleur à la hanche droite. Elle a en outre indiqué avoir la possibilité de travailler à plein temps dès septembre mais que cela dépendrait de l'issue du rendez-vous à [...] et qu'elle poursuivait aussi l'étude du permis poids lourd mais qu'elle avait beaucoup de difficultés à tout retenir.

Lors d'un entretien du 17 octobre 2001, l'assurée a informé l'OAI VS qu'aucune opération n'était prévue pour la hanche droite et qu'un rendez-vous avait été pris dans un an notamment pour voir si la hanche gauche devait être aussi opérée. Elle a en outre expliqué pouvoir continuer à travailler à environ 80% au café, cet emploi lui convenant parfaitement car elle pouvait alterner les positions et n'avait aucune charge à porter.

Le 12 novembre 2001, l'OAI VS a informé l'assurée de son intention de supprimer la rente.

Par décision du 8 janvier 2002, il a confirmé ce projet en considérant notamment ce qui suit :

« Des pièces en notre possession, il ressort que depuis le printemps 2001 au plus tard, on pouvait et l'on peut encore exiger de votre part l'exercice de toute activité légère et adaptée, à la journée entière, en positions assis-debout alternées, sans port de charges lourdes.

En vertu d'une récente jurisprudence, "si l'assuré ne réalise aucun revenu réel parce qu'il n'a plus repris d'activité depuis son invalidité ou du moins n'exerce pas l'activité que l'on pourrait raisonnablement exiger de lui, il est possible de se baser sur les salaires ressortant des tableaux (RCC 1991, p. 332 consid.3c; RCC 1989, p. 485; ATF 124 V 322 consid. 3b/aa avec les références citées). Selon le tableau A 1 de l'enquête suisse sur la structure des salaires de 1998 de l'Office fédéral de la statistique, applicable selon l'ATF 124 V 323 consid. 3b/bb, le salaire mensuel brut (valeur centrale) pour les femmes occupé[e]s par des tâches simples et

répétitives (niveau d'exigences 4) dans le secteurs privé (voir Pratique VSI 6/2000, p. 322) s'élevait à Fr. 3'505.-- en 1998. Il convient cependant de relever que ce salaire standardisé se base généralement sur une durée de travail de 40 h. par semaine, ce qui est inférieur à l'horaire habituel moyen de travail de 41,9 heures dans les entreprises en 1998. Pour un horaire de travail hebdomadaire de 41,9 heures et en tenant compte de l'indexation des salaires nominaux pour les femmes de 1998 à 2001, ce revenu atteint Fr. 45'026.60 pour l'année 2001.

A ce montant, il convient d'opérer une réduction de 15 %, compte tenu des limitations posées médicalement (travaux simples, légers en positions assis-debout alternées, sans port de charges), selon l'ATFA du 09.05.2000, consid. 5b/bb.

A noter également que dans l'Arrêt susmentionné, « il convient, d'une manière tout à fait générale, d'évaluer globalement l'influence de facteurs tels que les restrictions consécutives à l'atteinte à la santé, l'âge, les années de service, la nationalité ou encore le degré d'occupation, sur le revenu postérieur à l'invalidité. La réduction du salaire statistique, compte tenu de tous les facteurs entrant en ligne de compte, ne doit pas dépasser globalement 25% (consid. 5b/cc) ».

Le revenu exigible de votre part est ainsi fixé à Fr. 38'272.60, soit un gain supérieur à celui qui serait le vôtre sans atteinte à la santé comme sommelière (Fr. 36'530.-- en 2001, soit Fr. 2'810.-- x 13).

Pour le détail de notre calcul, nous vous laissons le soin de vous référer au tableau annexé.

Votre degré d'invalidité est ainsi nul, de sorte que votre droit à la rente AI est supprimé.

La suppression de la rente sera effective au 28.02.2002 (art. 88 bis, al. 2 a, RAI). ».

C. Le 19 janvier 2006, B. _____, alors domiciliée à [...], a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle indiquait qu'en bonne santé, elle travaillerait à plein temps par nécessité financière dans l'activité de chauffeur poids lourd.

Dans un rapport du 18 juillet 2006, le Dr Q. _____ de l'Hôpital ZZ. _____ a posé les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail de status après ostéotomie periacétabulaire de la hanche droite avec deux interventions correctrices et status après arthroscopie de la hanche droite avec adhésiolyse en août 2003. Il a estimé que la capacité de travail dans l'activité de serveuse n'était plus possible.

Le 15 novembre 2006, le Dr S._____, spécialiste FMH en anesthésiologie, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a indiqué notamment ce qui suit :

« L'assurée est suivie au Service d'orthopédie de l'Hôpital ZZ._____. Ces médecins retiennent dans leur rapport du 18.07.2006 les diagnostics de status après ostéotomie periacétabulaire de la hanche D [droite] et status après arthroscopie de la hanche D avec adhésiolyse. La mobilité de la hanche est bonne, ils persistent des sensations de crampes dans la cuisse D. Selon ces médecins, l'activité de serveuse n'est pas adaptée à l'atteinte. **La CT [capacité de travail] dans cette activité est de 40 à 50%**. A relever que cette activité n'était jamais adaptée à l'atteinte à la santé. Ainsi il est difficile de retenir une date d'aggravation. Nous pouvons tout au plus retenir août 2003, date où l'assurée nécessitait une nouvelle intervention (cf. rapport Dr Q._____).

Dans une activité adaptée, qui ne nécessite pas la station debout prolongée, de déplacements sur de longues distances, de montées et descentes répétitives d'escaliers, de port de charges (activité semi-sédentaire) **la CT est entière**.

Cette appréciation est donc restée la même qu'en 2001.

En ce qui concerne des éventuelles mesures professionnelles, il faut tenir compte du déficit intellectuel et de la faible motivation de l'assurée (cf. dossier OAI VS). Il faut toutefois retenir que l'assurée n'a pas de formation et que du point de vue médical, elle serait apte à travailler dans une activité industrielle légère.

Il ne sort pas du présent dossier, si l'assurée a finalement obtenu le permis poids lourd. Cette activité ne nous paraît d'ailleurs pas entièrement adaptée à l'atteinte à la santé (nécessité de port de poids, position assise prolongée avec sollicitation de la hanche D). ».

Le 5 décembre 2006, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter la demande de rente.

Il a confirmé ce projet par décision du 2 février 2007 pour les motifs suivants :

« **Résultat de nos constatations :**

Après un nouvel examen de votre dossier, et plus particulièrement par le Service Médical Régional SMR Suisse romande, nous constatons qu'une capacité de travail de 100% est raisonnablement exigible de votre part dans une activité adaptée tenant compte de vos limitations fonctionnelles, soit : pas de station debout prolongée, de déplacements sur de longues distances, de montées et descentes répétitives d'escaliers, de port de charges (activités semi-sédentaires).

De plus, force est de constater que la situation actuelle est superposable à celle de 2001. En l'occurrence, une capacité de travail de 100% était d'ores et déjà exigible dans une activité adaptée, raison pour laquelle une décision de suppression de votre rente vous a été notifiée le 8 janvier 2002.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2000, CHF 3'658.-- par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires, TA1 ; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2001 (41,8 heures ; La Vie économique, 10-2006, p.90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 3'822.61 (CHF 3'658 x 41,8: 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 45'871.32.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2000 à 2001 (+ 2.50% ; La Vie économique, 10-2006, p.91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 47'018.00 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / la catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 39'965.39.

En 2001, vous auriez pu prétendre à un salaire annuel de CHF 36'530.--.

Dès lors, nous constatons que votre capacité de travail et de gain n'est pas entamée.

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité et des mesures professionnelles ne sont pas envisageables. ».

D. Il résulte des rapports des 4, 19 et 24 avril 2007, ainsi que du rapport du 14 mai 2007 des Drs H._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, L._____, et W._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, de l'Hôpital ZZ._____, que l'assurée a subi le 29 mars 2007 une luxation chirurgicale de la hanche gauche avec ostéotomie de grand trochanter pour conflit fémoro-acétabulaire et le 19 avril 2007 le débridement de la plaie et le drainage de la hanche gauche.

Dans son avis du 12 octobre 2007, le Dr S._____ a estimé que ces documents ne modifiaient pas son appréciation concernant la capacité de travail et les limitations fonctionnelles.

Le 23 octobre 2007, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations.

Le Dr H._____, dans un rapport du 19 novembre 2007, a mentionné une nouvelle intervention chirurgicale à la hanche gauche le 10 août 2007, à savoir une adhésiolyse sous arthroscopie et l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Il a estimé la capacité de travail nulle au moment de son rapport et fortement réduite par la suite. Le 4 février 2008, ce praticien a estimé la capacité de travail nulle dans l'ancienne activité et de 30-40% dans une autre profession au plus tôt dès le 1^{er} juillet 2008. Il a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé, qu'une nouvelle intervention avait eu lieu le 27 décembre 2007 et que l'assurée souffrait d'importantes douleurs dans la hanche gauche.

Après avoir examiné l'assurée, le Dr X._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du SMR a établi son rapport le 21 avril 2008. Il en résulte notamment ce qui suit :

« Antécédents personnels généraux

Le 23.09.1998, réduction à ciel fermé de la hanche droite, suite à une luxation postérieure traumatique (Hôpital de [...]).

Le 06.07.2000, ostéotomie périacétabulaire selon Ganz, hanche droite (Hôpital ZZ._____ à [...]). Le 21.09.2000, reprise de l'ostéotomie périacétabulaire de la hanche droite pour hypercorrection.

Le 28.09.2000, reprise de l'ostéotomie périacétabulaire de la hanche droite pour déplacement secondaire.

Août 2003, arthroscopie de la hanche droite et ablation d'adhérences intra-articulaires (Hôpital ZZ._____ à [...]).

Le 29.03.2007, luxation chirurgicale de la hanche gauche avec ostéotomie de grand trochanter pour conflit fémoro-acétabulaire (Hôpital ZZ._____ à [...]).

Le 20.04.2007, Débridement de la plaie et drainage hanche gauche

Le 10.08.2007, arthroscopie adhesiolyse et ablation du matériel d'ostéosynthèse hanche droite.

Le 27.12.2007, arthroscopie hanche droite et synovectomie.

(...)

DIAGNOSTICS

- *avec répercussion sur la capacité de travail*

- **Douleurs persistantes des deux hanches. Status après multiples interventions chirurgicales pour conflit fémoro-acétabulaire sur dysplasie cotyloïdienne. (M25.6)**
- **Lombalgies inéspécifiques sans troubles neurologiques. (M54.5).**

- *sans répercussion sur la capacité de travail*

- **TABAGISME CHRONIQUE**

APPRÉCIATION DU CAS

Assurée de 31 ans, sans formation professionnelle particulière. Elle a travaillé en tant qu'aide-chauffeur de camions et depuis 1996 comme sommelière.

En septembre 1998, elle a eu une luxation traumatique de la hanche droite. Les douleurs [s]ont réapparues. Malgré de multiples opérations lourdes effectuées à l'Hôpital ZZ._____ à [...], les douleurs persistent. Elle a aussi des douleurs à la hanche gauche qui persistent malgré plusieurs interventions chirurgicales. L'assurée souffre aussi de douleurs lombaires chroniques, mais aucune investigation ni traitement spécifique [n']ont été effectués. L'assurée a bénéficié d'une rente AI temporaire du 01.08.2000 au 28.02.2002.

Suite à sa deuxième demande de rente en décembre 2005, l'assurée a été considérée comme apte à travailler à 100% dans un travail adapté et apte à travailler à 40 ou 50% en tant que serveuse. La demande a été rejetée par l'AI en février 2007.

L'assurée a fait une troisième demande de rente AI le 23.10.2007 en raison de l'opération de la hanche gauche effectuée le 29.03.2007.

Les limitations fonctionnelles

L'assurée peut exercer un travail sédentaire ou semi-sédentaire, sans port de charges, principalement assis, dans lequel elle puisse alterner la position debout avec la position assise à sa guise. Elle doit éviter les travaux penché[e] en avant ou en porte-à-faux.

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

Il s'agit de se déterminer sur la situation à partir de février 2007. Jusqu'à cette date, l'assurée est considérée comme apte à travailler à 100% dans un travail adapté et, en tant que serveuse à 40 ou 50%. Arrêt de travail à 100% à partir du 28.03.2007.

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

L'assurée n'a pas repris d'activité professionnelle.

Concernant la capacité de travail exigible,

Nous considérons qu'à partir du 28.03.2007, date de son opération de la hanche gauche, l'assurée est totalement capable de travailler, elle récupère sa capacité de travail dans un travail adapté un mois après sa dernière intervention, c'est-à-dire à partir du 01.02.2008. Nous considérons que le travail de serveuse n'est pas compatible avec les limitations fonctionnelles. Sa capacité de travail en tant que serveuse ou aide-chauffeur poids lourds est donc nulle depuis le 28.03.2007. Dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles, nous ne voyons aucun argument pour diminuer sa capacité de travail.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 0 %, SERVEUSE OU AIDE-CHAUFFEUR POIDS LOURDS.

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100 % DEPUIS LE : 1^{ER} FÉVRIER 2008. ».

Un examen de densité osseuse a été effectué le 9 juin 2008 par le Dr F. _____, spécialiste FMH en médecine nucléaire, qui a conclu son rapport comme il suit :

« Conclusion, proposition :

Mise en évidence d'un déficit phosphocalcique important pour la classe d'âge de la patiente, se rapprochant du seuil diagnostique de l'ostéoporose avec un T-score et un Z-score atteignant -2.4 DS sur la hanche totale gauche associés à une perte osseuse de 31% à ce site par rapport au capital maximal théorique. Les valeurs obtenues focalement sur le col fémoral gauche sont du même ordre de grandeur avec un Z-score à -2.2 DS et un T-score à -2.3 DS pour une déperdition phosphocalcique de 30%. La valeur axiale est

nettement mieux conservée, le T-score et le Z-score atteignant -1.1 DS à ce site.

Une mesure complémentaire a été effectuée au niveau de l'avant-bras gauche permettant d'obtenir une densité minérale osseuse totale radius + ulna de 0.496 g/cm² correspondant à un Z-score de -1.2 DS et un T-score de -1.3 DS. Les valeurs sont nettement plus perturbées sur la région ultra-distale où le T-score atteint -2.2 DS, confirmant par là même une atteinte trabiculaire diffuse. En revanche, le T-score obtenu sur le tiers diaphysaire moyen est dans les limites normales démontrant l'absence d'atteinte corticale significative.

L'analyse de la morphométrie vertébrale effectuée sur le rachis dorso-lombaire en latéral ne met pas en évidence de tassements vertébraux ni de déformation significative d'un corps vertébral de type cunéiformisation ou biconcavité.

L'évolution densitométrique par rapport au précédent examen de décembre 2003 à disposition est marquée par une diminution importante des densités osseuses sur tous les sites standards, atteignant 8.3% au niveau axial et 12.2% sur la hanche totale gauche. Il existe également une diminution de 6.2% sur l'avant-bras gauche. ».

Le 9 juin 2008, le Dr J._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de déficit musculaire multiple lombo-pelvien dans un contexte après interventions itératives des deux hanches. Il a exposé notamment ce qui suit :

« Attitude :

Longue explication de l'origine des douleurs liée à une insuffisance musculaire lombo-pelvienne bilatérale, ne permettant pas de répondre aux sollicitations physiologiques des deux hanches.

Dans ce contexte, je préconise une physiothérapie antalgique initiale avant d'enseigner des exercices de stretching du psoas, de tonification de la ceinture dorso-abdominale et des fessiers ainsi que de stretching du pyramidal en limitant les mouvements de flexion-rotation interne et que la patiente devra effectuer dans un programme pluri-quotidien, si on veut obtenir un succès thérapeutique. J'ai expliqué également à la patiente, que toute cette rééducation sera longue au vu de la durée du problème. ».

Le 18 juin 2008, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter la demande de rente.

Le 26 juin 2008, le Prof. T._____, spécialiste FMH en médecine interne générale et en endocrinologie-diabétologie, et le Dr D._____, spécialiste FMH en rhumatologie, des Hôpitaux LL._____ ont indiqué que l'assurée présentait une ostéopénie densitométrique non fracturaire avec une perte osseuse évolutive depuis 2003.

Dans leur avis médical du 17 juillet 2008, les Drs Z._____, spécialiste FMH en médecine interne générale, et P._____, spécialiste FMH en anesthésiologie, du SMR ont estimé que les rapports médicaux des 9 juin et 10 juillet 2008 faisaient état d'une décalcification osseuse à la limite de l'ostéoporose, non fracturaire et que cette situation n'entraînait pas de nouvelles limitations fonctionnelles et ne modifiait pas les conclusions de l'examen clinique du SMR du 21 avril 2008. Ils ont ajouté que le rapport médical du 27 juin 2008 expliquait les douleurs lombopelviennes par un déficit musculaire multiple et qu'il avait été tenu compte des lombalgies dans l'avis médical du 24 avril 2008.

Par décision du 22 juillet 2008, l'OAI a rejeté la demande de rente pour les motifs suivants :

« Résultat de nos constatations :

Après nouvel examen de votre dossier et suite à l'examen clinique orthopédique du 18 avril 2008 auprès de notre service médical régional, il ressort qu'une capacité de travail totale est raisonnablement exigible de votre part dans des activités adaptées en tenant compte de vos limitations fonctionnelles, soit : *pas de port de charges, alternance des positions assise/debout et pas de porte-à-faux.*

Nous constatons que la situation actuelle est superposable à celle de 2001 et 2006, mis à part une courte période d'incapacité de travail pendant la période de vos opérations.

En l'occurrence, une capacité de travail de 100 % est d'ores et déjà exigible dans des activités adaptées et les gains indiqués dans notre décision du 2 février 2007 restent d'actualité.

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité. ».

E. Par acte du 11 septembre 2008, B._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à l'octroi d'une rente. Elle soutient en substance que son état de santé s'est dégradé et qu'elle est dans l'incapacité d'avoir une activité professionnelle. Elle a produit notamment :

- un certificat du 12 septembre 2008 du Dr M._____, spécialiste FMH en médecine interne générale, attestant d'une incapacité de travail totale du 1^{er} octobre au 12 septembre 2008 ;
- un rapport établi le 28 décembre 2007 par le Dr H._____.

Par réponse du 13 mars 2009, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 2 juin 2009, la recourante a maintenu ses conclusions. Elle a notamment contesté disposer d'une pleine capacité de travail, même dans une activité adaptée, estimant que les conditions auxquelles l'intimé suppose qu'elle pourrait travailler (à savoir pas de port de charges, alternance des positions assise et debout, travail sédentaire ou semi-sédentaire, pas de porte-à-faux) paraissent surréalistes. Alléguant ne jamais avoir récupéré durablement sa capacité de travail, elle déclare que son état de santé a continué à se détériorer, en raison de différents troubles qui sont venus s'ajouter aux séquelles des précédentes interventions chirurgicales, à savoir notamment une sérieuse maladie osseuse et un psoriasis en plaque des jambes, nécessitant un traitement aux rayons UV [ultraviolets]. Elle a requis une expertise.

Elle a produit notamment les pièces suivantes :

- un certificat du 12 septembre 2008 du Dr M._____ attestant une incapacité de travail totale du 1^{er} octobre 2002 au 12 septembre 2008 ;

- un rapport du physiothérapeute [...] établi le 26 septembre 2008 et dont la conclusion est la suivante :

« Evaluation et propositions thérapeutiques au terme de **9** séances, le **28/08/2008** :

l'évolution est bonne au niveau du gain de force de la musculature. Malheureusement, madame B._____ souffre toujours autant qu'au début du traitement malgré sa bonne participation aux séances et les exercices pratiqués à domicile.

Au vu du gain de force des muscles travaillés je ne suis pas convaincu que les douleurs de madame B._____ soient dues au manque de musculature car au cours du traitement nous aurions dû voir une évolution. » ;

- une attestation établie le 25 février 2009 par le Dr G._____, spécialiste FMH en dermatologie et vénéréologie, selon laquelle ce praticien a notamment suivi l'assurée pour une dermite périorale d'évolution favorable en 2007 et 2008, et l'a revue en février 2009 pour un psoriasis en plaque des jambes, connu depuis seize ans, motivant l'instauration d'un traitement de photothérapie UVB [ultraviolets de type B] à spectre étroit ;

- un rapport du 3 mars 2009 du Dr R._____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, qui indique notamment ce qui suit :

« **Appréciation :**

Ce sujet se plaint de lombopyalgies dans un contexte de discopathies dégénératives L3-L4, L4-L5, sans signe déficitaire sensitivomoteur. L'examen clinique démontre une importante perte dans la stabilisation de la musculature profonde et des membres inférieurs associé à défaut de conscience corporelle important. S'il existe des séquelles de son intervention sous forme de dysharmonie fonctionnelle des hanches, le débattement articulaire résiduel est suffisant pour ne pas mettre en péril de façon notable l'axe lombaire. Par contre le déconditionnement physique marqué explique très clairement la souffrance des éléments facettaires postérieurs. Parmi les investigations, on a pu exclure l'éventualité d'une spondylarthrite psoriasique pouvant interférer et expliquer un comportement douloureux à composante inflammatoire. Le cortège douloureux doit donc être interprété comme le reflet de ces insuffisances discales existantes en toile de fond. Cette conjugaison de facteurs est responsable d'une accentuation des ensellures vertébrales, sursollicitant par compensation les zones charnières vertébrales. Ainsi on peut fort bien comprendre pourquoi ce

verrouillage segmentaire est responsable des douleurs spondylogènes référées, reflet d'une surcharge des éléments postérieurs. La densitométrie osseuse a révélé l'existence d'une ostéopénie au niveau de l'axe vertébral, déminéralisation beaucoup plus importante au niveau de la hanche gauche ouvrant le diagnostic d'ostéoporose. Il est probable que ceci soit le reflet des longues périodes d'immobilisation imposée par les interventions successives. Quel qu'en soit son origine, ce sujet devrait bénéficier d'une substitution calcique et vitaminique D.

Si un reconditionnement physique s'impose, celui-ci s'avère difficile car la patiente confrontée à ce psoriasis extensif accepte difficilement son corps, ce qui explique le manque d'attrait au traitement de médecine physique. Finalement, il existe encore un conflit familial en toile de fond faisant comprendre pourquoi elle dispose de faibles ressources personnelles. Ainsi épuisée, elle ne parvient plus à tolérer les douleurs et les contraintes inhérentes à un reconditionnement physique. Durant tout l'entretien, la patiente a fait preuve de cohérence malgré la révolte exprimée vis-à-vis des séquelles de ses moult interventions chirurgicales et de son parcours de vie.

Comme projet thérapeutique, on devra procéder tout d'abord un traitement de son psoriasis en étudiant la pertinence à un traitement plus incisif comme Méthotrexate, ou Embrel. Parallèlement on procéda très rapidement à des mesures selon une modalité très active par des exercices visant à réveiller les phénomènes de co-contraction existant entre les plans musculaires profonds antérieurs et postérieurs paravertébraux, dans l'optique d'accroître la stabilité et la vigilance dynamique axiale. Des exercices à domicile seront fournis, lui permettant de persévérer ultérieurement de façon indépendante.

La situation est suffisamment claire pour ne pas débiter par des mesures antalgiques instrumentales. » ;

- un rapport du 13 mai 2009 du Dr F. _____, dont la conclusion est la suivante :

« Conclusion, proposition :

On retrouve un déficit phosphocalcique important pour la classe d'âge de la patiente, prédominant sur le fémur proximal gauche où les T-scores sont au seuil diagnostique de l'ostéoporose à -2.5 DS tant sur la hanche totale que sur le col fémoral pour une perte osseuse respectivement de 32% et 33% par rapport au capital maximal théorique. Le T-score est nettement mieux conservé au niveau axial, à -1.1 DS sur une moyenne L1-L4 pour une déperdition phosphocalcique de 11%. A noter quelques artéfacts de respiration sur la mesure axiale en antérieur.

Une mesure complémentaire a été effectuée au niveau de l'avant-bras gauche avec un T-score total à -1.5 DS pour un déficit osseux de 13%. Le T-score ultra-distal reste

nettement plus bas comme déjà visualisé sur le comparatif antérieur, à -2.3 DS. En revanche, la valeur mesurée au niveau du tiers diaphysaire moyen est bien conservée, confirmant par là même l'absence d'atteinte corticale significative.

Par analogie à une population de 40 ans, des facteurs de risque présentés et de la densité minérale osseuse du col fémoral le plus altéré, le risque fracturaire à 10 ans est estimé à 9.1 % pour toute fracture ostéoporotique majeure et à 5.1 % pour une fracture de hanche (calcul du risque absolu de fracture par l'algorithme FRAX développé par le Prof. Kanis sur mandat de l'OMS et basé sur des données épidémiologiques obtenues sur plusieurs cohortes de population représentant plus de 250'000 patients/année - données de références helvétiques disponibles depuis janvier 2009).

L'analyse de la morphométrie vertébrale effectuée sur le rachis dorso-lombaire en latéral ne met pas en évidence de tassements vertébraux ni de déformation significative d'un corps vertébral de type cunéiformisation ou biconcavité.

L'évolution densitométrique par rapport au précédent examen de juin 2008 à disposition est marquée par une stabilité des valeurs sur tous les sites standards. A noter cependant une tendance à la baisse sur la hanche totale gauche, restant toutefois encore dans les limites de variabilité de la méthode et non significative (à 2.1%). ».

L'intimé a maintenu ses conclusions dans sa duplique du 22 juin 2009. Il a produit un avis médical du 10 juin 2009 dans lequel les Drs P. _____ et V. _____, spécialiste FMH en chirurgie, du SMR ont indiqué ce qui suit :

- « 1. Rapport de densimétrie osseuse du 12.5.2009, Dr F. _____ : la densitométrie est un examen d'imagerie destiné à quantifier la densité osseuse lorsqu'on suspecte une ostéoporose, ou lorsqu'on en surveille l'évolution. Les résultats obtenus ne préjugent en rien de la fonction de la région examinée. Dans le cas présent, on retrouve un déficit osseux prédominant sur le fémur proximal gauche, et affectant dans une moindre mesure la colonne lombaire et l'avant-bras gauche. Les mesures effectuées permettent de définir un risque fracturaire à 10 ans supérieur à celui d'une population normale. Ce risque doit être pris en compte dans le choix d'une activité professionnelle, mais n'a pas d'influence sur la capacité de travail en soi. En gros, il s'agit d'éviter les activités lourdes sollicitant exagérément le squelette, et les activités potentiellement dangereuses (travail sur échelle, échafaudage, etc).
2. Rapport du Dr R. _____, 3.3.1009 : l'examen rhumatologique conclut à un déconditionnement musculaire important dans un

contexte de discopathies étagées de L3 à L5. La mobilité des hanches reste suffisante. En des termes plus simples, il s'agit d'un manque d'entraînement musculaire. Cette situation est par définition corrigible en quelques mois, et ne saurait être à l'origine d'une incapacité de travail de longue durée. Le Dr R._____ termine son rapport par des propositions thérapeutiques, mais ne se prononce en aucune manière sur la capacité de travail.

3. Rapport du Dr G._____, 25.2.2009 : fait état d'une dermatite périorale d'évolution favorable en 2007 et 2008, et d'une poussée de psoriasis en plaque des jambes en février 2009. Aucune de ces affections n'est à l'origine d'une incapacité de travail de longue durée. ».

Dans sa détermination du 30 juillet 2009, la recourante a maintenu ses conclusions.

Mandaté expert le 31 mai 2010, le Prof. E._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à l'hôpital de [...], a établi un premier rapport intermédiaire en juin 2012, puis son rapport final le 22 août 2012. Il en résulte notamment ce qui suit (sic) :

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

- Douleurs résiduelles autour de la hanche droite sur rétroversion cotyloïdienne (ICD-10 Q65)

En 1999, apparition progressive de douleurs au niveau de la hanche droite après luxation traumatique de la hanche droite le 23.09.1998.

- Légères douleurs résiduelles autour de la hanche gauche sur rétroversion cotyloïdienne (ICD-10 Q65)

Depuis la fin de l'année 2006, des douleurs à la hanche gauche sont apparues.

- Lombalgies chroniques sur discopathie L3-L4 et L4-L5 sans troubles neurologiques en périphérie (ICD-10 M51)

Depuis l'accident de 1998, la patiente souffre de lombalgies avec une nette augmentation de douleurs depuis la fin de 2006.

- "Anterior Knee Pain" du genou droit sur raccourcissement du droit antérieur (ICD-10 M93.9)

Le début de symptômes au niveau du genou droit n'est pas claire, la patiente n'arrive pas à nous donner une information précise.

- Ostéopénie densitométrique non fracturaire avec une perte osseuse évolutive (ICD-10 M85)

Selon les documents à disposition cette maladie osseuse a été détectée en 2003.

- Dépression réactive ou endogène (ICD-10 F33)

Le début des symptômes de dépression n'est pas claire; la patiente prend depuis des années un médicament pour le traitement des troubles dépressifs (Trittico). En plus, elle prend d'une manière régulière un somnifère (Zolpidem).

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

- Psoriasis traité par des rayons UV (ICD-10 L40)

Selon la patiente cette maladie est présente depuis l'adolescence. Une date précise ne peut pas être donnée.

5. Appréciation du cas et pronostic

Madame B. _____ est une patiente souffrant de multiples problèmes de l'appareil locomoteur, de souffrances psychiques mais également de problèmes sociales.

En ce qui concerne l'appareil locomoteur, il existe des douleurs résiduelles au niveau de la hanche droite. Il s'agit d'un status post traitement conservateur pour une luxation de la hanche droite le 23.09.1998. En raison d'un conflit mécanique fémoro-acétabulaire à la hanche droite, 3 opérations avec réorientation cotyloïdienne ont été effectuées à l'Hôpital ZZ. _____ à [...] entre 06.07.2000 et 28.08.2000. Ce conflit mécanique fémoro-acétabulaire est principalement dû à une rétroversion cotyloïdienne, ce qui tombe dans le cadre d'une forme spécifique de dysplasie de la hanche droite. Le traumatisme avec luxation postérieure de la hanche droite ne joue pas un rôle prépondérant dans la problématique de cette hanche. Il s'agit plutôt d'un évènement qui a déclenché les douleurs, vu qu'une hanche avec une rétroversion cotyloïdienne est susceptible de provoquer, ce genre de symptômes et problèmes.

Actuellement, la couche cartilagineuse est légèrement diminuée au centre, ce qui parle en faveur d'une pré-arthrose de cette hanche droite.

En effet, la problématique identique en raison d'une rétroversion cotyloïdienne à la hanche gauche est apparue en 2006. Celle-ci a nécessité 4 interventions chirurgicales entre le 29.03.2007 et 27.12.2007.

De plus, depuis l'accident de 1998, la patiente souffre également de lombalgies chroniques avec une nette péjoration de la situation dès la fin de l'année 2006. Ces douleurs lombaires chroniques sont dues à des discopathies et la dégénérescence des segments L3-L4, L4-L5 de la colonne lombaire, sans atteinte neurologique sensitivomoteur en périphérie.

En ce qui concerne du genou droit, la patiente souffre de douleurs péri-rotulienne[s]. Ces douleurs sont dues à la contracture chronique du droit antérieur de la cuisse ce qui augmente la pression rétro-rotulienne.

Selon la patiente, les douleurs situées à la hanche droite et du bas du dos sont responsables pour environ 90% de ses problèmes de santé. Le 10% restant sont à imputer aux problèmes du genou droit.

La hanche gauche ne crée actuellement que très peu de problèmes et la patiente n'indique pas un pourcentage imputable à celle-ci.

En regardant l'importance de la douleur selon VAS (visual analogue scale), on voit clairement que la patiente souffre de douleurs apparentes énormes.

- Hanche droite 8.5 - 10.0
- Bas du dos 9.4 - 10.0
- Genou droit 2.6 - 4.1

Etant donné les valeurs maximales que la patiente indique en ce qui concerne la hanche droite et du bas du dos, il s'agit là, avec une haute probabilité, de superposition psychogène.

Vu les antécédents de la patiente, tout traitement chirurgical au niveau de la hanche droite, hanche gauche mais également du bas du dos n'est absolument pas envisageable. Uniquement un traitement conservateur avec rebalancement musculaire au niveau de la colonne et le stretching pour le droit antérieur raccourci est à recommander.

Pour la classe d'âge, la patiente souffre également d'un déficit phosphocalcique important. Ce déficit est marqué au niveau du fémur proximal gauche où les scores sont au seuil diagnostic de l'ostéoporose. Un traitement par des médicaments est clairement indiqué. La patiente prend du Calcimagon D3 Forte et du Folvit pour améliorer cette situation.

Sur le plan psychique, la patiente donne l'impression d'une personne très fatigu e, déprimée et qui ne voit plus un futur, ni pour soi-même, ni pour son fils [...],  g  de 10 ans.

Etant donné les problèmes de sa mère, [...] est déjà sous traitement psychologique. ».

L'expert a en outre estimé nulle la capacité de travail résiduelle dans le métier de sommelière, vu la distance de marche bien

limitée, les problèmes du bas du dos qui empêchent la recourante d'effectuer des mouvements en flexion-extension à répétition ainsi que les ports de charges limités à 5 kg. Il a estimé que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas envisageables pour les raisons suivantes :

« La patiente présente d'une part des limites somatiques, psychiques mais également de grandes limites intellectuelles.

Au niveau somatique, le problème de la hanche droite qui a subi 3 interventions chirurgicales, présente un status de pré-arthrose. D'autre part, il existe des lombalgies chroniques sur dégénérescence des segments L3-L4, L4-L5 de la colonne lombaire. La patiente souffre également d'une ostéopénie, voir ostéoporose, actuellement non fracturaire avec, toutefois, un risque fracturaire à 10 ans d'environ 9.1% pour toute fracture ostéoporotique majeur et à 5.1 % pour une fracture de hanche.

Au niveau de l'état psychique, je constate une dépression soit endogène, soit réactive. En tant que chirurgien orthopédiste, je suis seulement en mesure d'apprécier la situation sans toutefois pouvoir poser un diagnostic précis. Un examen psychiatrique, voir psychologique de la patiente pourrait également être effectué, si nécessaire.

En ce qui concerne les capacités intellectuelles de la patiente, on dispose d'un rapport d'examen datant du 30.04.2001, où le psychologue A._____ mentionne :

« La différence relevée entre l'échelle de performance et l'échelle verbale en défaveur de cette dernière, peut s'expliquer par les défenses du caractère, par l'absence d'investissement du savoir et de ce qui n'est pas directement pas utilisable dans la pratique. A noter que Mme B._____ ne présente pas de graves troubles de l'insertion dans le temps et dans l'espace, les troubles archaïques de l'intégrité que l'on trouve chez les sujets qui ont des séquelles de psychoses infantiles. Ce qui pose problème chez Mme B._____, c'est le déficit intellectuel, et surtout l'absence de conscience de ce déficit. Il serait illusoire d'entreprendre une formation, même simple, avec un tel niveau et surtout lorsqu'il s'y ajoute de telles défenses de caractère ». ».

Quant à l'exigibilité dans d'autres activités professionnelles, il a exposé ce qui suit :

« 3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de la recourante ?

Purement théoriquement On peut toujours exiger d'autres activités pour une telle patiente, resp. [respectivement] assurée.

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

Le problème chez Mme B. _____ se situe au niveau de la possibilité de trouver une activité professionnelle ou elle est capable de fournir un travail valant aussi économiquement. Médico-théoriquement, on pourrait exiger une activité où la patiente aurait la possibilité de changer régulièrement la position de son corps (debout, marcher, assise). L'assurée pourrait exercer une activité sédentaire ou semi-sédentaire sans port de charge, principalement assise avec la possibilité d'alterner la position debout avec la position assise. En tant que chirurgien orthopédiste, je ne suis pas en mesure de présenter les propositions de professions adéquates où la patiente pourrait effectuer un travail à 25% - 30% maximum.

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

Si une occupation bien adaptée au niveau somatique, psychique et intellectuel de la patiente devait être trouvée, on peut partir du principe que Mme B. _____ pourrait probablement travailler 2-3h par jour.

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

Si la patiente exerce une activité professionnelle 2-3h par jour, je pense même que le rendement serait nettement diminué, probablement d'environ 50%.

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

En conclusion et d'emblée, je pense que la patiente n'est plus capable d'exercer une activité professionnelle à l'heure actuelle. Ce jugement s'appui[e] d'une part sur l'état physique mais également mental et social de Mme B. _____.

J'ajoute la définition de santé selon Organisation mondiale de la santé (OMS) datant du 1946 et pas modifiée depuis lors:

Elle implique que tous les besoins fondamentaux, qu'ils soient affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels d'un être humain, soient satisfaits depuis le stade embryonnaire jusqu'à sa vieillesse. La santé est un état de bien-être physique, mental et social, et ne signifie pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité. ».

En ce qui concerne l'évolution que l'on pouvait attendre de l'état de santé de la recourante, l'expert a indiqué ce qui suit :

« Personnellement, je pense qu'au niveau de la hanche droite, la situation va tout lentement s'aggraver. Etant donné [la] légère perte de la couche cartilagineuse au centre de l'articulation, il existe dans le sens propre une sorte de pré-arthrose de cette hanche ce qui dans le futur nécessitera probablement l'implantation d'une prothèse totale de hanche (10 à 20 ans).

En ce qui concerne la hanche gauche, la situation est actuellement stable et une arthrose n'est pas à craindre dans un avenir proche. Cependant, il existe encore la problématique des douleurs du bas du dos. Régulièrement, il s'agit d'une chronicisation des douleurs où les mesures chirurgicales ou conservateurs n'arrivent pas à soulager une telle patiente.

Pour moi personnellement et vu le contexte global de la situation de Madame B._____, tout geste opératoire au niveau de la colonne doit être défendu. Il est bien clair que ce jugement n'est valable qu'aussi longtemps [que] la patiente ne souffre pas d'un déficit sensitivo-moteur en périphérie.

Madame B._____ présente un déficit phosphocalcique important pour sa classe d'âge. Au niveau de la hanche, les scores indiquent la limite d'une ostéoporose avec un risque fracturaire de la hanche de 5.1% et pour toute fracture ostéoporotique de 9.1% dans les 10 ans à venir.

Concernant la dépression, soit endogène, soit réactive, je ne veux pas me prononcer.

J'observe uniquement une situation sociale désastreuse avec une patiente qui à l'âge de 14 ans a été violée par 3 hommes. Elle vit actuellement avec un fils de 10 ans auprès duquel elle s'investit entièrement afin de lui permettre [d']avoir un futur « normal ».

Si nous ne voulons pas aggraver la situation, sachant que les problèmes sociaux se reportent sur les prochaines générations, je pense que les instances de l'Al doivent offrir à cette patiente une rente Al complète. ».

L'intimé a produit un avis médical du 12 juin 2012 des Drs I._____, spécialiste FMH en médecine du travail, et V._____ du SMR qui ont estimé que l'assurée ayant été vue le 15 juin 2011 par l'expert, le rapport d'expertise avait été établi environ un an plus tard, et que ce délai, qu'ils qualifient d'inhabituellement long, portait à leur avis un sérieux préjudice à la confiance qui pouvait être accordée aux propos de l'expert dès lors notamment qu'il pouvait avoir oublié de nombreux détails de son observation si un an s'était écoulé entre celle-ci et la rédaction du rapport. Ils ont ajouté que l'expert était appelé à se prononcer uniquement sur les atteintes orthopédiques et que les incapacités de travail retenues dans l'expertise intégraient l'aspect psychiatrique, et s'inspiraient du modèle bio-psycho-social, alors que l'expert devait s'en tenir à l'« Evidence-Based Medicine » ou médecine fondée sur les faits. Ils étaient

en outre d'avis que ni la capacité de travail de 25-30%, ni la baisse de rendement de 50% dans une activité adaptée n'étaient expliquées, l'expert ne donnant en outre pas les raisons pour lesquelles il s'écartait de l'avis du Dr X._____.

Dans son écriture du 5 juillet 2012, la recourante a estimé que l'expertise avait valeur probante. Elle a en outre requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Dans son complément d'expertise du 29 septembre 2012, l'expert E._____ a exposé notamment que lors de l'élaboration d'une expertise, il convoquait la personne à expertiser pour l'examiner et l'interroger sur sa situation actuelle et que toutes les données de l'anamnèse étaient dictées devant elle afin de s'assurer que ses éventuels commentaires puissent être pris en compte tout de suite. Il agissait de même s'agissant de l'état de santé actuel subjectif (plaintes actuelles, état psychique actuel, handicap actuel, travail encore faisable, déroulement d'une journée standard, traitement actuel, médicaments actuels, incapacité de travail). Quant à la situation de la recourante, il estimait que son état était stationnaire et le resterait. Il a exposé que son évaluation de la capacité de travail encore exigible se fondait uniquement sur son expérience professionnelle et qu'en aucun cas, une telle évaluation se basait sur une médecine fondée sur les faits, qu'en médecine on avait toujours tendance à vouloir des preuves médicales basées sur la médecine fondée sur les faits et cela, la plupart du temps, en manquant de bon sens, d'arguments valables et de l'empathie nécessaire vis-à-vis du patient. Il a ajouté s'être écarté des conclusions du Dr X._____ dès lors que son rapport comportait des erreurs, ce praticien considérant que la capacité de travail à 100% était exigible à partir du 28 mars 2007, malgré le fait que la patiente allait être opérée à sa hanche gauche le lendemain, une telle intervention nécessitant au moins un arrêt de travail de trois mois et que dans la 2^{ème} partie de la même phrase, il affirmait que la recourante récupérerait sa capacité de travail dans un travail adapté un mois après sa dernière intervention, c'est-à-dire à partir du 1^{er} février 2008. L'expert a ajouté notamment ce qui suit :

« (...) Malgré les limitations fonctionnelles objectives, il faut toujours prendre en considération l'état de santé actuel subjectif avec les plaintes actuelles ainsi que les douleurs subjectives de la patiente (point 3, page[s] 11, 12, 13).

Si on observe les douleurs quantitatives exprimées par le **visual analogue scale (VAS)**, on remarque clairement que la patiente indique pour sa hanche droite et le bas du dos, des seuils de douleurs qui sont « très exagérés ». En tant qu'expert médical, je constate qu'un patient sans trouble d'humeur ou de dépression n'arrive quasiment jamais à des seuils pareils en ce qui concerne des douleurs chroniques, ctd. [c'est-à-dire] 8,5 et 10.

(...)

En tant qu'expert médical, j'ai vraiment de la peine à comprendre comment on peut se permettre de juger une capacité de travail adaptée ou exigible, si on exclut les limitations psychiques et intellectuelles. Le rapport d'examen psychologique du 04.05.2001 est clair à ce sujet. Il y est indiqué que **la patiente dispose d'un langage de mauvaise qualité, elle présente de graves troubles dans le temps et dans l'espace, souffre de séquelles de psychose infantile ainsi que d'un déficit intellectuel et il est illusoire d'entreprendre une formation.**

La question sur la capacité de travail actuel est traitée sur la page 33, 34 de mon expertise et je ne change pas mon opinion à ce sujet.

(...)

Si je regarde rétrospectivement l'histoire médicale de Madame B._____, je dois constater que l'assurance invalidité du canton de Vaud n'a jamais tenté une évaluation professionnelle, resp. des mesures professionnelles chez cette patiente.

Selon la Loi, l'assurance invalidité devrait viser la réinsertion professionnelle des personnes atteintes durablement dans leur santé de manière à ce qu'elles puissent à nouveau être intégrées dans la vie active et mener une existence aussi autonome que possible.

Dans le cas précis, il s'agit clairement d'une **erreur d'omission** de la part des instances de l'AI du canton de Vaud et **pas d'une erreur de commission par les médecins.**

Si des essais de réinsertion étaient entrepris durant toutes ces années passées, l'évaluation par l'expert en serait que plus aisée aujourd'hui. ».

Le 21 novembre 2012, l'intimé a produit un avis médical du 11 octobre 2012 des Drs V._____ et I._____ du SMR auquel il s'est rallié, et selon lequel les conclusions de l'expert étaient approximatives, contradictoires et tenaient compte de facteurs non médicaux, l'expert ne se prononçant pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée

pour des raisons orthopédiques, à l'exclusion de limitations psychique et intellectuelle.

Dans son écriture du 29 novembre 2012, la recourante a soutenu que l'analyse globale de son état de santé par l'expert était tout-à-fait justifiée.

Par décision incidente du 9 septembre 2013, la juge instructrice a rejeté la requête de récusation des Drs O._____ et U._____ déposée par la recourante.

Une expertise pluridisciplinaire a été confiée au [...]. Les Drs O._____, spécialiste FMH en rhumatologie, U._____ spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, Y._____ spécialiste FMH en psychiatrie, et le neuropsychologue [...] ont établi leur rapport le 3 octobre 2014.

Les experts ont posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail suivants :

- ancienne luxation postérieure de la hanche droite depuis 1998 ;
- syndrome douloureux chronique de la hanche droite après chirurgie itérative depuis 2000, 2003 ;
- syndrome douloureux de la hanche gauche après chirurgies itératives depuis 2007 ;
- troubles de la mémoire épisodique.

Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenu des lombalgies communes depuis 1998 et un psoriasis cutané depuis 1991.

Ils ont en outre exposé ce qui suit :

« **SYNTHÈSE ET DISCUSSION**

Rappel de l'histoire médicale :

Madame B. _____ es[t] une assurée suisse de 47 ans, mère d'un fils de 11, séparée de son mari qui est décrit comme un alcoolique grave qui ne paie aucune pension alimentaire et est interdit de droit de visite. Elle n'a pas de formation professionnelle achevée, elle a principalement travaillé comme serveuse dans plusieurs cafés valaisans et a émargé plusieurs fois du chômage.

Elle a été victime d'un accident de la circulation le 23.09.1998, ayant provoqué une luxation de la hanche droite. En raison d'une symptomatologie douloureuse persistante de cette hanche droite, trois interventions ont été réalisées par le Prof GG. _____ à l'Hôpital ZZ. _____ à [...]. La première opération a consisté en une ostéotomie péri-acétabulaire droite ; il s'agit d'une chirurgie majeure. Les deuxième et troisième opérations ont été pratiquées pour corriger des complications survenues à la suite de la première. En 2003, une quatrième opération a été réalisée au niveau de la hanche droite. Il s'agissait d'une arthroscopie, qui n'a apparemment pas modifié la symptomatologie douloureuse.

A partir de 2007, quatre interventions ont été réalisées, cette fois au niveau de la hanche gauche ; la première a comporté une luxation chirurgicale de la hanche avec correction de l'offset (cette intervention est importante). Les autres interventions incluent la vidange d'un sérome et des arthroscopies à deux reprises, ainsi qu'une ablation du matériel d'ostéosynthèse (fixation d'une ostéotomie du grand trochanter).

Selon l'expertisée, aussi bien à gauche qu'à droite, ces diverses interventions n'ont pas fait céder la symptomatologie douloureuse.

Depuis l'accident de 1998, l'expertisée se plaint, en plus, de lombalgies. Elle a bénéficié de traitements médicamenteux et physiques, ainsi que d'infiltrations, sans modification significative de la symptomatologie. Madame B. _____ décrit des blocages rachidiens pour lesquelles elle consulte en urgence à l'hôpital. Il n'y a toutefois pas d'éléments médicaux au dossier pour une pathologie spécifique du rachis ; l'expertisée a été examinée par divers orthopédistes et réhabilitateurs, et a subi plusieurs expertises médicales où l'on mentionne des lombalgies non spécifiques.

Notons enfin un psoriasis cutané sans atteinte articulaire, connu dès le jeune âge de l'expertisée. Cette pathologie est traitée par méthotrexate en injection hebdomadaire avec un résultat satisfaisant.

Situation actuelle et conclusions :

Sur le plan orthopédique, nous examinons Madame B. _____ quinze ans après une luxation postérieure de la hanche droite de nature traumatique. En raison de douleurs persistantes au niveau de la hanche droite, pas moins de quatre interventions ont été réalisées, ceci actuellement sans succès.

Un traitement chirurgical a également été tenté au niveau de la hanche gauche pour des douleurs inguinales persistantes ; quatre interventions ont été réalisées au niveau de cette hanche gauche, également sans succès.

Il est établi depuis au moins une dizaine d'années que Madame B. _____ n'est plus apte à la profession de serveuse.

Les possibilités d'activités adaptées doivent tenir compte de restrictions multiples : impossibilité de station debout de longue durée, de marche de longue et de moyenne durées, de marche sur terrain inégal, de montée et descente répétitive d'escaliers ou d'échelles, de position accroupie, de position assise de longue durée, de passage répétitif de la position assise à la position debout.

Sur le plan rhumatologique, l'expertisée se plaint de lombalgies. D'un point de vue objectif on note des troubles statiques et un certain degré de limitation de la mobilité du rachis, d'allure antalgique. Il n'y a pas de contracture musculaire perçue et pas de trouble neurologique associé tel que déficit sensitivomoteur périphérique ou signe d'irritation radiculaire. Le bilan radiologique de la colonne lombaire ne montre pas de trouble dégénératif significatif ni d'autre trouble, traumatique par exemple.

En conclusion, Madame B. _____ présente des lombalgies communes, bénignes. Pour cela il n'y a pas de limitations autres que celles décrites ci-dessus du point de vue orthopédique en raison de l'affection des hanches.

Sur le plan neuropsychologique, de manière générale, les performances cognitives sont pauvres (dans la norme inférieure, éventuellement limites) chez cette expertisée, mais nous n'identifions que très peu de déficits, et seulement isolés et peu significatifs. Toutefois, dans l'ensemble, le fonctionnement intellectuel est marqué par une importante inhomogénéité qui est un facteur de limitation de la capacité d'apprentissage mais, en l'absence d'autres perturbations cognitives importantes, notamment exécutives, ne devrait pas contribuer à limiter la capacité de travail.

Le fonctionnement cognitif de Mme B. _____ est aussi soumis aux différents aspects problématiques de sa personnalité (impulsivité, émotionnalité, instabilité émotionnelle, etc). Notons encore des acquisitions scolaires pauvres. Les difficultés de la mémoire sont un facteur péjorant au regard de la capacité d'apprentissage et de travail, selon l'activité envisagée.

Ainsi, en termes de formation, si en théorie, le QI [quotient intellectuel ; réd. 83, p. 17 de l'expertise] total apparaît encore compatible avec une AFP [attestation de formation professionnelle] dans un métier manuel, l'inhomogénéité des compétences intellectuelles et les difficultés en mémoire épisodique rendent une telle formation illusoire. N'apparaît donc possible qu'une activité professionnelle manuelle, simple et plutôt répétitive, pouvant être exercée sans aucune formation.

En revanche, en l'absence de troubles de la compréhension du langage et de troubles exécutifs, Madame B. _____ conserve une certaine autonomie dans une activité professionnelle : elle ne devrait être quelque peu contrôlée que du fait de possibles erreurs consécutives à ses difficultés de mémoire. Ces mêmes troubles de la mémoire font que l'activité de serveuse est déconseillée.

Sur le plan psychique, cette expertisée, qui élève seule son fils de 11 ans, n'a aucun antécédent psychiatrique familial ou personnel. Elle a été suivie à deux reprises par un psychiatre : après son viol durant 3 séances, et il y a 4 durant environ un an à raison d'une séance par semaine. Elle dit que ces deux suivis ne lui ont rien apporté et ne ressent pas le besoin de faire appel actuellement à un professionnel de la santé mentale. Elle ne prend pas d'autre psychotrope que du Somnium - jusqu'à deux comprimés au coucher - et du Trittico 50 mg en réserve au coucher.

Comme facteurs de stress, nous relevons un viol à l'âge de 14 ans - dans le contexte d'un viol collectif -, le décès du père en 2006, la violence de la part de l'ex-compagnon de 2000 à 2010, des problèmes financiers et le fait d'assumer seule son fils.

L'expertisée n'a aucune plainte d'ordre psychiatrique, à part des troubles du sommeil attribués aux douleurs et aux ruminations autour du sentiment d'injustice qu'elle ressent contre l'AI et une juge. Malgré les traumatismes vécus, elle ne se plaint d'aucun symptôme de stress post-traumatique.

En ce qui concerne sa personnalité, elle se décrit comme franche et directe, mais ne relate pas de problèmes relationnels particuliers, hormis lors d'une année scolaire, ni dans sa vie privée, ni dans sa vie professionnelle. Il n'existe pas, dans son anamnèse, d'évidences pour des traits de personnalité pathologique, notamment borderline. A l'examen psychiatrique, on dénote une certaine désinhibition, qui va avec son look, une certaine labilité émotionnelle, une révolte liée à un sentiment d'injustice. À notre avis, ce qui est décrit ci-dessus ne rentre pas dans le cadre d'un véritable trouble du caractère et est à attribuer à son intelligence limite qui rend plus difficile l'ajustement aux facteurs de stress auxquels l'expertisée a été et est encore aujourd'hui confrontée.

La description des activités quotidiennes montre que Madame B. _____ est active, gère son ménage dans la mesure de ses limitations physiques, s'occupe de son fils de 11 ans, conduit sur de petits trajets, se fait aider par une assistante sociale pour les tâches administratives. Elle n'est pas repliée socialement.

A l'examen psychiatrique, nous sommes en présence d'une femme habillée, coiffée et maquillée avec une certaine recherche. Il est noté une onychophagie. Elle est légèrement déprimée, paraît fatiguée, triste. Elle se montre révoltée, tonique ; il existe une labilité émotionnelle et une certaine désinhibition relationnelle, parfois irritée, envers l'examineur. Elle est fixée sur son combat pour que l'AI reconnaisse ses droits. Cette attitude est également constatée lors de l'examen neuropsychologique.

L'expert neuropsychologue conclut à des performances cognitives pauvres, rendant une formation professionnelle illusoire et orientant l'expertisée vers une activité professionnelle manuelle simple.

En conclusion, nous ne retrouvons pas de critères diagnostics clairs pour une pathologie psychiatrique, ni en termes d'axe I (aucun état pathologique), ni d'axe II (aucune personnalité clairement pathologique). Il n'y a donc aucune limitation fonctionnelle, la

capacité est complète dans toute activité sans limitation de rendement.

(...)

B. Influences sur la capacité de travail

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

Sur le plan physique

Pas de station debout et assise de longue durée, de marche de durée moyenne et longue, de marche sur terrain inégal, de montée/descente répétitive d'escaliers ou d'échelles, de position accroupie, de passage répétitif de la position assise à debout.

Sur le plan psychique et mental

Pauvreté des performances cognitives en général et inhomogénéité de l'efficacité intellectuelle. Les troubles de la mémoire épisodique sont incompatibles avec une activité de serveuse.

L'activité doit être manuelle, simple et répétitive.

Sur le plan social

Aucune.

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

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

L'activité de sommelière exercée jusqu'en 1998 n'est plus possible aussi bien sur le plan orthopédique que neuropsychologique.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Capacité nulle.

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

Non

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

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

Depuis le 23.09.1998.

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? En particulier jusqu'à la date de la décision attaquée le 22 juillet 2008, puis dès lors.

L'inaptitude à la profession de serveuse existe depuis la première opération de la hanche droite et ne s'est pas modifiée depuis. Dans le dossier, une brève période de capacité est mentionnée, mais ceci ne correspond pas à une évaluation spécialisée compte tenu de l'importance de la chirurgie réalisée et de ses complications.

3. *En raison de ses troubles psychiques, neuropsychiques, la recourante est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel ?*

Oui, avec les limitations liées aux performances cognitives décrites.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

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

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

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

Si non, pour quelles raisons ?

Oui, en tenant compte des limitations décrites par le neuropsychologue, sachant que la pauvreté des performances cognitives en général et l'inhomogénéité de l'efficacité intellectuelle rendent toute formation inenvisageable, même de niveau AFP.

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

Non.

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

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

2. *D'autres activités sont-elles exigibles de la part de la recourante ?*

Oui.

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

Cf. limitations décrites à la réponse B1, qui sont importantes car le problème des hanches est associé à

une pathologie lombaire évolutive, ce qui est une mauvaise association, que les limitations concernent aussi bien le plan dynamique que statique - ce qui limite fortement les possibilités d'activités adaptées - et que les restrictions neuropsychologiques ne permettent que des activités manuelles simples, pouvant être exercées sans formation professionnelle. Madame B._____ peut par contre travailler de manière autonome, sans nécessiter un encadrement constant, même si elle doit être contrôlée de temps à autre en raison de ses troubles de la mémoire.

3.2 *Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) depuis quand et pour quels motifs ?*

Pour autant qu'une telle activité adaptée existe, elle pourrait être réalisée à 100%

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

En principe non. ».

A ce rapport étaient joints divers rapports médicaux, dont notamment :

- un rapport du 21 janvier 2014 des Drs AA._____ et BB._____, spécialiste FHM en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, de l'Hôpital ZZ._____ ;

- un rapport du 23 décembre 2008 du Dr CC._____, spécialiste FMH en radiologie, suite à l'IRM (imagerie par résonance magnétique) lombaire et des sacro-iliaques du 23 décembre 2008, mentionnant des discopathies L3-L4, L4-L5 avec rupture annulaire postérieure sans hernie visible, des séquelles de maladie de Scheuermann à l'étage dorsal bas et des articulations sacro-iliaques sans particularité ;

- un rapport du 30 novembre 2011, dans lequel le Dr DD._____ a posé les diagnostics de lombo-pygalgies gauches dans le contexte d'une dysfonction D12-L1, status après nombreuses opérations des hanches, ostéopénie, psoriasis et état dépressif. Il a indiqué que depuis l'entrevue de fin août suite à une chute sur le coccyx, la situation s'était bien stabilisée, mais que depuis environ un mois il y avait une nouvelle rechute douloureuse, laquelle intervenait dans une situation

socio-familiale très complexe avec plus de tensions encore avec l'ex-mari de l'assurée et des soucis vis-à-vis du pédopsychiatre. Il mentionnait un « petit syndrome de Maigne dans un contexte familial et personnel difficile » et proposait un traitement médicamenteux et quelques exercices ;

- un certificat médical du 21 mai 2014 de ce praticien attestant un arrêt de travail à 100% du 1^{er} juin au 30 novembre 2011.

L'intimé s'est déterminé le 6 novembre 2014 et a produit un avis médical du 21 octobre 2014 de la Dresse FF._____ et du Dr EE._____, spécialiste FMH en médecine du travail, du SMR qui ont estimé que l'expertise revêtait une pleine valeur probante, les points litigieux importants ayant fait l'objet d'une étude fouillée, basée sur les critères de la CIM-10, et fondée sur des examens complets, prenant en considération les plaintes exprimées. Ils ont dès lors retenu une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité depuis 1998 et entière dans une activité adaptée depuis cette date.

Le 16 février 2015, la recourante s'est déterminée sur l'expertise. Elle soutient, en se fondant sur un rapport du Dr DD._____, que l'expertise souffre d'un manque de connaissance du problème d'impingement coxofémoral, ce qui a eu pour conséquence un déficit sensible des examens qui auraient dû être pratiqués pour obtenir une évaluation complète et détaillée des atteintes aux hanches dont elle souffre et a demandé un complément d'expertise à un orthopédiste spécialisé dans le problème d'impingement coxofémoral afin que les examens et analyses décrits par le Dr DD._____ puissent être pratiqués dans de bonnes conditions. Elle estime que l'expertise reste extrêmement vague et imprécise sur les nombreuses restrictions qui l'affectent, qu'il faudrait demander à l'expert de les détailler et de les compléter et expliquer notamment ce que l'on entend par « longue et moyenne durée ». La recourante a en outre critiqué les experts lorsqu'ils ont mentionné qu'elle était âgée de 47 ans au lieu de 37, une telle erreur jetant à son avis un certain discrédit sur la qualité de cette expertise et,

notamment, sur la pertinence de certaines appréciations concernant la mobilité, l'humeur et l'attitude de la recourante. Elle a en outre déclaré être surprise par « l'étonnement des experts » sur le fait qu'elle ne voulait plus qu'on la touche dès lors que son parcours existentiel et médical était pour le moins traumatisant. Elle prétend symptomatique des préjugés des experts à son égard, leur appréciation sur son teint « bronzé », alors que ce hâle provenait de son traitement aux ultraviolets contre son psoriasis. Elle a requis un complément d'expertise auprès du [...].

Elle a produit notamment :

- une lettre du 17 novembre 2014 adressée par le Dr DD._____ à son conseil, dont la teneur est la suivante :

« J'ai pris connaissance de l'expertise du [...] du 3 octobre 2014, à la demande de votre cliente.

Je ne me prononcerai que sur la partie orthopédique, laissant à des personnes plus compétentes à se prononcer sur d'autres arguments.

Ensemble, en parcourant l'expertise concernant déjà l'historique, il y a quelques lacunes qui font comprendre que le chirurgien orthopédiste en charge de l'expertise ne connaît pas à fond le problème d'impingement coxofémoral : en effet, déjà à la page 6, on mentionne donc que Mme B._____ avait d'abord été envoyée au [...] puis ensuite à l'Hôpital ZZ._____, «difficile de comprendre pourquoi cela ne s'est pas fait à Lausanne ». Il faut savoir qu'en 1998, la pathologie coxofémorale était assez récente, et en ce qui concerne la problématique du labrum, c'était le Centre en Suisse, à savoir l'Hôpital ZZ._____ auprès du Prof. GG._____, que toute la pathologie chez la jeune patiente était déferée. Ainsi, naturellement, la patiente avait été vue par le Dr J._____ qui avait suspecté une atteinte coxofémorale type impingement, et qui l'avait donc adressée au Prof. GG._____, car c'était le seul lieu en Suisse où une telle intervention pouvait avoir lieu. Les interventions sont ensuite numérotées et nommées.

Quand on regarde ensuite sur le status clinique, tant l'examen rhumatologique que le status orthopédique, on est frappé par un examen plutôt lacunaire au niveau des hanches, et on se rend compte que la personne ne devait pas être quelqu'un qui maîtrisait fondamentalement la problématique d'impingement, car ni le test d'impingement ni le testing d'appréhension, qui parlent d'une couverture trop importante ou insuffisante, n'ont été pratiqués.

On parle sur la page 12 que l'examen en rotation, sans préciser si c'est externe ou interne, est ressenti comme très douloureux, ce qui en limite la précision. Ceci veut dire que l'on peut avoir donc une

atteinte type dégénérative, mais qui se verrait sur un faux profil de la hanche, examen qui n'a pas été pratiqué par nos collègues experts, qui se sont contentés d'une radiographie de face, qui ne permet de voir qu'une atteinte sévère, mais pas une atteinte dans le plan postérieur, ni lié[e] à un défaut ou excès de couverture. On voit déjà en 2008 que la hanche présente une couverture du cotyle un peu excessive, et ceci peut certainement participer aux plaintes de la patiente. A gauche, il y avait une découverture relative de la tête fémorale droite, liée à un recontourage antérieur, et ceci peut expliquer les plaintes de la patiente à ce niveau. Mais malheureusement donc ces examens n'ont pas été pratiqués. Ceci permettrait peut-être d'expliquer les gênes de la patiente.

Quand on passe ensuite sur l'exigibilité, il y a de nombreuses restrictions qui sont notées sur la page 19 : « impossibilité de la position debout de longue durée, marche de longue et moyenne durée, marche sur terrain inégal, monter et descendre de manière répétitive des escaliers ou échelle, position accroupie, position assise de longue durée, passage répétitif de la position assise à la position debout ». Ceci reste des descriptions très imprécises : que veut dire longue durée ou moyenne durée ? Et sur le plan psychique, on dit en neuropsychologie qu'une réorientation est importante. Je vois donc difficilement ce que la patiente pourrait exercer comme activité, comme marqué sur le [sic] page 22 sous C1. Sous C2, on reprend les mêmes limitations, mais en disant aussi que l'on est très limité dans les possibilités d'activités adaptées. Même une position assise prolongée n'est pas possible. ».

- une attestation du 12 novembre 2014 du Dr HH._____, spécialiste FMH en dermatologie et vénéréologie, selon laquelle la recourante étant atteinte de psoriasis disséminé sur tout le corps, elle est en traitement pour des rayons ultraviolets A et B à raison de 3 fois par semaine certaines semaines, de 2 ou 1 fois par semaine parfois, ce qui explique le teint basané de sa peau.

Dans son écriture du 13 mars 2015, l'intimé a maintenu ses conclusions en rejet du recours et produit un avis du 3 mars 2015, dans lequel les Drs FF.____ et EE.____ ont notamment estimé que le syndrome douloureux de la hanche gauche après chirurgies itératives était bien pris en compte par l'expertise.

La recourante a maintenu ses conclusions en complément d'expertise le 9 avril 2015 et produit une lettre adressée à son conseil le 2 avril 2015 par le Dr DD.____ qui a écrit notamment ce qui suit :

« C'est un examen soigneux de la hanche qui doit être effectué, par quelqu'un qui a l'habitude d'examiner des hanches avec des problèmes dépassant la simple arthrose, et le reste de l'expertise, comme je l'avais relevé. Nous voyons une non-connaissance de la pathologie du bourrelet au niveau de la hanche (labrum coxo-fémoral). C'est de là que réside le problème, associé au trouble statique et ainsi décompensant les douleurs lombaires basses.

Quand le Dr EE. _____ note que leurs conclusions, après avoir pris pleine connaissance du dossier, la description du contexte médical était claire et les conclusions bien motivées, je ne trouve pas de motivation ni d'explication de littérature qui pourraient expliquer les gênes au niveau rachidien. Ce n'est pas parce que les radiographies sont décrites comme normales que ceci est la réalité. Déjà l'IRM faite par exemple en 2008 montrait des troubles dégénératifs (cf copie de mon courrier du 25.1.2010), pour ne nommer que cet exemple. ».

Elle a également produit un rapport du 25 janvier 2010 de ce praticien.

L'OAI a maintenu ses conclusions et produit un avis médical du 27 avril 2015 des médecins du SMR confirmant leurs précédentes conclusions.

La recourante a encore notamment produit divers certificats médicaux établis par le Dr DD. _____, attestant qu'elle est en arrêt de travail à 100% notamment depuis le 29 mai 2013 jusqu'au 31 mars 2016.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (*cf.* art. 93 let. a LPA-VD).

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

b) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente, singulièrement sur l'existence d'une aggravation de son état de santé depuis la décision du 2 février 2007 ayant une incidence sur son droit à une telle rente.

3. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à

accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente 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, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 ; anciennement art. 28 al. 1 et 29 al. 1 let. b LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGGA).

4. a) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la 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 LPGGA, 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).

b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGGA, 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 fédéral 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). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). 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 ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 et les références).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre

position. Le juge apprécie librement les preuves, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre.

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa ; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2).

Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur

le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (TF 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.5 ; TFA I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3).

Selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

b) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b ; ATF 116 V 246 consid. 1a et les références ; TF 9C_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4 ; TF 9C_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b ; ATF 117 V 287 consid. 4 et les références ; TF 9C_81/2007 et 9C_397/2007 précités).

6. a) En l'espèce, lors de la décision rendue le 2 février 2007, la recourante était suivie par le Service d'orthopédie de l'Hôpital ZZ._____, dont les médecins avaient posé les diagnostics de status après ostéotomie periacétabulaire de la hanche droite et status après arthroscopie de la hanche droite avec adhésiolyse. La mobilité de la hanche était bonne, des sensations de crampes dans la cuisse droite persistaient. L'activité de serveuse n'était pas adaptée à l'atteinte. Le Dr S._____, en se fondant sur le rapport du Dr Q._____ de cet hôpital, avait retenu que la capacité de travail de la recourante était entière dans une activité adaptée, semi-sédentaire, ne nécessitant pas la station debout prolongée, des déplacements sur de longues distances, des montées et descentes répétitives d'escaliers, ni de port de charges. Ce médecin avait en outre

rappelé, concernant des éventuelles mesures professionnelles, qu'il fallait tenir compte du déficit intellectuel de la recourante comme l'avait constaté la psychologue A. _____ dans son rapport du 4 mai 2001 et que la recourante, qui n'avait pas de formation, était apte à travailler dans une activité industrielle légère. Elle souffrait d'ostéopénie depuis 2003.

b) aa) En ce qui concerne l'état de santé de la recourante lors de la décision attaquée, il y a lieu de relever que les conclusions de l'expert [...] ne peuvent être suivies. En effet, dans son appréciation de la capacité de travail de la recourante, ce praticien, invité à se prononcer sur les troubles somatiques de la recourante, a estimé qu'elle n'était plus capable d'exercer une activité professionnelle, compte tenu de son état physique, mental et social. Il s'est référé à la définition de la santé selon l'OMS dont il résulte notamment que la santé est un état de bien-être physique, mental et social, et ne signifie pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité. Cette conception est étrangère à la notion d'invalidité telle que prévue par la LAI comme rappelé au consid. 3 ci-dessus.

bb) La recourante est atteinte d'ostéopénie. Toutefois, les médecins spécialistes consultés aux Hôpitaux LL. _____ pour cette affection ne mentionnent pas d'incapacité de travail. Aucune incapacité de travail n'est retenue non plus par les médecins concernant le psoriasis dont la recourante est atteinte depuis l'adolescence. Les experts du [...] ont posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail d'ancienne luxation postérieure de la hanche droite depuis 1998, de syndrome douloureux chronique de la hanche droite après chirurgie itérative depuis 2000, 2003, de syndrome douloureux de la hanche gauche après chirurgies itératives depuis 2007 et de troubles de la mémoire épisodique. Sur le plan orthopédique, après avoir rappelé les nombreuses interventions chirurgicales pratiquées tant sur la hanche droite que la hanche gauche de la recourante, les experts ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes : impossibilité de station debout de longue durée, de marche de longue et de moyenne durées, de marche sur terrain inégal, de montée et descente répétitives d'escaliers ou d'échelles,

de position accroupie, de position assise de longue durée, de passage répétitif de la position assise à la position debout. Sur le plan rhumatologique, les experts n'ont pas constaté lors de l'examen clinique et en examinant le bilan radiologique, que la recourante souffrirait d'autres troubles que de lombalgies communes bénignes. Ils n'ont dès lors pas retenu de limitations fonctionnelles supplémentaires de ce chef. Ces constatations ne sont pas mises en doute par celles du Dr DD._____, qui certes atteste d'incapacités de travail entières mais ne les motive pas. Il se limite à critiquer les examens des hanches tels qu'effectués par l'expert spécialiste en orthopédie en les déclarant insuffisants. Toutefois, comme le relèvent les médecins du SMR dans leur avis médical du 3 mars 2014, l'ancienne luxation postérieure de la hanche droite datant de 1998, et le syndrome douloureux de la hanche gauche après chirurgies itératives, ont bien été pris en compte par les experts. En outre, le Dr DD._____ ne mentionne pas d'examens qu'il aurait lui-même pratiqués, comme les radiographies qu'il préconise par exemple, le conduisant à des conclusions différentes de celles des experts. Il ne donne pas non plus de précisions quant aux limitations fonctionnelles de la recourante qui seraient différentes de celles retenues par les experts, se bornant là encore à les qualifier d'imprécises. On peine à comprendre en quoi le fait d'indiquer qu'il faut éviter une marche de longue ou de moyenne durée est insuffisamment précis.

Sur le plan neuropsychologique, les experts ont relevé que si en théorie, le QI total apparaissait encore compatible avec une attestation fédérale de formation professionnelle (AFP) dans un métier manuel, l'inhomogénéité des compétences intellectuelles et les difficultés en mémoire épisodique rendaient une telle formation illusoire, seule apparaissant possible une activité professionnelle manuelle, simple et plutôt répétitive, pouvant être exercée sans aucune formation. Ils ont ajouté que la recourante conservait une certaine autonomie dans une activité. Les experts rejoignent ainsi les conclusions de la psychologue A._____.

Enfin sur le plan psychiatrique, les experts n'ont pas retrouvé de critères diagnostics clairs pour une pathologie psychiatrique, ils n'ont pas constaté d'état pathologique, ni de personnalité clairement pathologique. Ils n'ont dès lors retenu aucune limitation fonctionnelle sur ce plan, la capacité étant complète dans toute activité sans limitation de rendement. Certes, le Dr DD._____, dans son rapport du 30 novembre 2011, a mentionné un état dépressif. Toutefois ce diagnostic n'est pas étayé. En outre, au contraire de l'expert, le Dr DD._____ n'est pas spécialiste en psychiatrie.

cc) Quant aux critiques de la recourante, on relèvera que sa date de naissance indiquée à la première page de l'expertise est exacte et que la faute de frappe concernant son âge dans les pages subséquentes n'est pas de nature à discréditer son contenu. On ne voit pas en quoi les experts seraient critiquables lorsqu'ils indiquent au status, notamment que la recourante a une peau bronzée. Ils ont d'ailleurs retenu le diagnostic de psoriasis. Lorsqu'ils ont fait état des plaintes de la recourante sur le plan rhumatologique, les experts se sont limités à rapporter les propos de celle-ci, qui a expliqué que les chirurgiens, à [...], lui auraient proposé une opération pour les deux hanches et que d'une part elle avait déclaré ne pas tenir à être opérée, ne voulant plus qu'on la touche, alors que d'autre part, elle a déclaré ne pas pouvoir envisager une activité ou son avenir en général, sachant qu'elle devrait se faire opérer tôt ou tard des hanches, ce qui apparaît contradictoire. Sur ce point également, l'expertise n'est pas sujette à caution.

dd) En conclusion, l'expertise comporte un examen complet du cas de la recourante, fondé tant sur l'examen clinique de celle-ci que sur les pièces du dossier. Elle comprend une anamnèse, fait état des plaintes de la recourante et est exempte de contradictions. Ses conclusions, claires et bien motivées, ne sont mises en doute par aucun autre rapport médical. Elle a ainsi valeur probante.

Il y a dès lors lieu de retenir que la capacité de travail de la recourante est nulle dans la profession de sommelière. En revanche, elle

est entière dans une activité ne nécessitant pas de formation, qui soit manuelle, simple et répétitive, adaptée en outre aux limitations fonctionnelles physiques de la recourante (impossibilité de station debout de longue durée, de marche de longue et de moyenne durées, de marche sur terrain inégal, de montée et descente répétitive d'escaliers ou d'échelles, de position accroupie, de position assise de longue durée, de passage répétitif de la position assise à la position debout).

c) Les limitations fonctionnelles retenues par les experts divergent ainsi peu de celles retenues lors de la décision de février 2007. En outre, au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont adaptées au handicap de la recourante.

d) Quant au taux d'invalidité, c'est à juste titre que l'intimé s'est référé au calcul effectué dans sa décision du 2 février 2007, entrée en force, dont il résulte que le salaire sans invalidité est inférieur à celui que pourrait obtenir la recourante dans une activité simple et répétitive.

Le taux d'invalidité de la recourante ne s'est ainsi pas modifié depuis la décision de février 2007.

7. Le dossier est complet, permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert la recourante. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; ATF 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014).

8. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

Les frais d'arrêt, fixés à 250 fr., sont mis à la charge de la recourante. Vu l'issue du litige, elle n'a pas droit à des dépens.

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 22 juillet 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 250 fr. (deux cent cinquante francs), sont mis à la charge de B._____.

- 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 Eric Stauffacher (pour B. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :