

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 avril 2016

Composition : Mme PASCHE, juge unique
Greffière : Mme Preti

Cause pendante entre :

H. _____, à [...], recourante, représentée par Me Florence Bourqui du service juridique d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA ; 4 et 28 LAI ; 88a RAI

E n f a i t :

A. a) H. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], portugaise, sans formation, œuvrait en Suisse en qualité de femme de ménage.

Le 2 mai 2008, l'assurée a chuté alors qu'elle descendait des escaliers avec une table pliante dans les bras. Elle s'est blessée au genou droit et a annoncé le cas à O. _____, assureur-accidents.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou droit du 18 août 2008 a montré une gonarthrose sévère fémoro-patellaire externe vraisemblablement en poussée aiguë, la présence d'altérations dégénératives beaucoup moins évoluées dans les compartiments fémoro-tibiaux et plus marquées dans le compartiment interne (chondropathie de grade III), ainsi qu'un épanchement articulaire et un petit kyste rétro-condylien interne figuré par un épanchement cloisonné dans la bourse du jumeau interne.

Dans un rapport du 17 septembre 2008 à l'assureur LAA, le Dr A. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu le diagnostic d'entorse du genou droit avec subluxation rotulienne et atteinte du ménisque interne. Il a attesté une incapacité de travail de l'assurée dans son activité de femme de ménage du 23 juin au 31 août 2008 au taux de 50%, puis de 100% dès le 1^{er} septembre 2008.

b) Le 26 janvier 2009, l'assurée 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), en faisant état d'une chute survenue le 2 mai 2008.

Dans un rapport du 2 mars 2009 à l'OAI, le Dr A. _____ a posé les diagnostics d'entorse violente du genou droit, de gonarthroses,

d'atteinte du ménisque interne et externe, ainsi que d'arthrose fémoro-patellaire et de début de coxarthrose. Selon le Dr A._____, l'incapacité de travail de l'assurée était entière dans l'activité de femme de ménage dès le 1^{er} septembre 2008. Il a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : alternance des positions assise et debout, pas d'activité exercée principalement en marchant, ni nécessitant de se pencher, de se mettre accroupi ou à genoux, de porter, de monter sur un échafaudage ou une échelle, ni de monter des escaliers.

Le Dr I._____, médecin traitant de l'assurée, a rédigé un rapport le 27 mars 2009 à l'attention de l'OAI, dans lequel il a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de polyarthrose avec en particulier gonarthrose tri-compartmentale sévère du genou droit, de douleurs cervicales scapulaires et brachiales droites et de lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. Etaient en revanche sans répercussion sur la capacité de travail des troubles dépressifs survenus en 2001 et 2008, le status après décompression du nerf médian du poignet gauche et l'excision d'un kyste ténosynovial le 19 juillet 2007, ainsi que la décompression du nerf médian par section du ligament annulaire du carpe le 6 décembre 2007. Le Dr I._____ a noté que l'assurée avait des difficultés à effectuer les tâches ménagères (en raison des brachialgies et gonalgies à droite) et à rester longtemps debout, en particulier pour faire la cuisine et repasser (en raison de douleurs au membre supérieur droit). Ce médecin a indiqué qu'il ne pouvait se prononcer sur l'exigibilité dans l'activité exercée, ajoutant que le rendement était certainement réduit, que l'origine des douleurs du membre supérieur droit devait encore être précisée et que seule une prothèse totale du genou droit pourrait soulager de façon durable la patiente des gonalgies droites. S'agissant des limitations fonctionnelles, il a ajouté l'impossibilité pour l'assurée de travailler avec les bras au-dessus de la tête.

Dans un rapport du 15 avril 2009, le Dr X._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a pris note de la position du Dr A._____, à savoir que l'activité de femme de ménage n'était plus adaptée en raison de la seule pathologie du

genou et que l'assurée présentait également des cervicobrachialgies droites sur discopathie C5-C6 et une possible lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, et enfin, que la capacité de travail était entière dans une activité sédentaire légère.

Par projet de décision du 27 avril 2009, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande, le taux d'invalidité de 15% (correspondant à l'abattement retenu sur le revenu d'invalidité) ne suffisant pas à ouvrir le droit à des prestations.

Par l'intermédiaire de « [...] », l'assurée a fait savoir à l'OAI le 20 mai 2009 que son dossier médical faisait l'objet d'un ré-examen complet de la part de l'assureur-accidents, s'opposant pour le surplus au projet de décision du 27 avril 2009 lui refusant le droit à des prestations.

Dans un rapport du 15 juin 2009 à l'OAI, le Dr A. _____ a rappelé que l'assurée n'était pas en mesure de reprendre son travail, que le repos n'avait pas amélioré la situation malgré les mesures conservatrices pratiquées, et que la présence d'une synovite tri-compartimentale du genou rendait l'indication à poser une prothèse totale incertaine. Il préconisait la mise en œuvre d'une expertise.

L'assurée a été examinée par le Dr M. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, mandaté par O. _____. Dans son rapport du 12 juin 2009, ce médecin a notamment relevé ce qui suit :

« **Diagnostics** :

- Status après contusion antéro-externe du genou droit suite à une glissade dans les escaliers le 02.05.2008.
- Gonarthrose bilatérale fémoro-patellaire marquée et dans une moindre mesure fémoro-tibiale un peu plus importante à droite.
- Status après cure de tunnel carpien bilatérale en 2007 dont la patiente garde comme séquelle un petit trouble de la discrimination pulpaire du côté droit.
- Epicondralgie modérée droite chronique.

DISCUSSION

En ce qui concerne le problème au niveau des 2 tunnels carpiens et du coude droit, il est clair que ceci sont des pathologies préexistantes à l'événement de 2008 et n'ont rien avoir avec une problématique accidentelle. Il s'agit de lésions dégénératives et donc à la charge de l'assurance maladie.

Pour ce qui est des gonarthroses essentiellement fémoro-patellaires bilatérales, légèrement plus marquée à droite et dans une moindre mesure fémoro-tibiale, là aussi il est clair - compte tenu que ceci est présent dès les radiographies initiales effectuées après les premières consultations - que cette pathologie est préexistante à l'événement du 02.05.2008.

Par contre, on ne peut nier que la patiente ce jour-là a subi un choc antérieur de son genou droit contre un pied de table et probablement latéral contre le bord de l'escalier puisqu'il semble qu'elle serait tombée après avoir raté la marche.

Cependant, je ne peux pas être d'accord avec le Dr A. _____ pour affirmer qu'il s'agissait d'une entorse violente. Les raisons en sont les suivantes :

- la patiente n'a pas eu besoin de consulter immédiatement un médecin et a encore pu travailler à plein temps durant 2 semaines, puis à temps partiel encore 6 semaines. Elle a donc pu encore effectuer une certaine activité professionnelle pendant 8 semaines.
- l'IRM effectuée au mois d'août ne montre pas de déchirure manifeste méniscale interne, mais plutôt des lésions dégénératives de grade II. De plus, le Dr A. _____ ne doit pas croire que la problématique est due à une éventuelle déchirure méniscale puisque de lui-même il a écrit que cela ne nécessitait pas d'intervention chirurgicale à ce niveau.
- aucune lésion ligamentaire significative n'a été mise en évidence. L'IRM du mois d'août montre bien l'intégrité des ligaments croisés ainsi que des ligaments collatéraux. De plus, aucun de ces ligaments ne se rehaussent après prise de Gadolinium excluant même une lésion partielle.

En conséquence, l'événement du 02.05.2008 a révélé une gonarthrose essentiellement fémoro-patellaire, mais ne l'a pas provoquée. Elle peut l'avoir aggravée mais pas de manière durable ou déterminante. Ce dernier point se justifie par le fait que la patiente a une atteinte bilatérale très marquée avec pincement complet de l'interligne et subluxation externe identique. Cela implique que n'importe quel événement de la vie courante sortant légèrement de l'ordinaire qu'il soit accidentel ou non était susceptible de décompenser cet état dégénératif très précaire.

Dans ces conditions, il est clair que la patiente allait de toute façon évoluer vers l'apparition d'une symptomatologie invalidante avec nécessité de remplacer l'articulation des genoux par des prothèses totales.

En conclusion, un statu quo sine peut être défini. N'ayant pas vu la patiente auparavant, il est très difficile d'estimer à quel moment la situation s'est vraiment stabilisée, devenant chronique et aboutissant à une indication opératoire.

Tout ce qu'on peut dire est que ce statu quo sine me paraît être atteint au plus tôt à l'IRM du 18.08.2008 puisqu'à ce moment-là on n'avait plus d'état inflammatoire aigu et on n'a pas non plus mis en évidence de lésion accidentelle, les troubles constatés étant purement dégénératifs. Cependant, comme l'a dit son médecin traitant, on peut aussi estimer qu'à ce moment-là la patiente n'était pas encore stabilisée puisqu'elle semble avoir encore fait quelques progrès concernant ses plaintes par la suite, grâce au traitement conservateur, et en conséquence, on peut éventuellement prolonger la prise en charge accidentelle, mais au maximum jusqu'à 6 mois de l'événement, soit fin octobre 2008.

Pour ce qui est de l'incapacité de travail, il est clair qu'avec la gonarthrose bilatérale que présente Mme H. _____, une activité se passant essentiellement en position debout est contre-indiquée. Dans ce sens le fait qu'elle ait été arrêtée totalement depuis fin juillet se justifie tout à fait sur le plan orthopédique. Cependant, pour les raisons décrites ci-dessus, si au début on peut admettre la prise en charge de cette incapacité de travail sous couvert d'une aggravation transitoire accidentelle, dès le statu quo sine, la suite de cette incapacité de travail est à la charge de la perte de gain maladie.

Actuellement, il est clair que le seul traitement qui peut améliorer Mme H. _____ est la mise en place d'une prothèse totale du genou droit et vraisemblablement, plus tard, également au niveau du genou gauche. Logiquement, après la mise en place de cette prothèse droite, une capacité de travail devrait pouvoir être retrouvée 2-3 mois après à 100% dans toute activité semi-assise. Entre 4-6 mois post-opératoires, on peut même discuter une reprise du travail à 100% dans une activité de femme de ménage pour autant qu'elle n'ait pas trop d'efforts à porter des objets de manière répétitive et supérieurs à 10 kg de charge. En conséquence, cela ne devrait pas déboucher sur une invalidité.

Finalement en ce qui concerne l'IPAI, compte tenu qu'un statu quo sine a été défini, il est clair que cela n'entre pas en ligne de compte.

REPONSES AUX QUESTIONS :

[...]

7.2 Comment estimez-vous l'incapacité de travail en tant que suite de cet accident dans une autre activité raisonnablement exigible compte tenu des suites de cet accident ?

En l'état actuel, compte tenu que la patiente est peu gênée en position assise, on pourrait admettre qu'elle soit capable d'effectuer un travail d'établi ou de caissière au moins à 50%, voire plus.

Cependant, comme elle est quand même gênée pour marcher et qu'une prothèse totale du genou droit est envisagée bientôt, il est acceptable qu'elle soit encore [en] incapacité de travail totale, ne pouvant se mettre sur le marché du travail dans ces conditions.

Par contre, une fois cette opération effectuée, il est clair que dans les 2-3 mois qui suivent une capacité de travail totale dans une activité semi-assise sans port de charges sera exigible.

Pour ce qui est de la prise en charge de cette incapacité, je tiens à préciser comme je l'ai déjà fait précédemment que, pour toutes les raisons susmentionnées, cette dernière n'est plus à la charge de l'assureur accident, mais de la perte de gain maladie dès le statu quo sine fixé.»

Par décision du 19 août 2009, O._____ a mis un terme à ses prestations d'accident au 31 octobre 2008 en lien avec l'événement du 2 mai 2008.

Dans un avis du 13 octobre 2009, le Dr R._____ du SMR a maintenu les précédentes conclusions de ce service, celles-ci n'étant pas contredites par l'avis du Dr M._____.

Sur requête de l'OAI, le Dr R._____ a précisé le 6 janvier 2010 qu'il modifiait les termes du rapport SMR du 15 avril 2009, en ce sens que l'assurée présentait une incapacité de travail totale dans son activité de femme de ménage, de 50% dans une activité adaptée et de 100% dans une activité adaptée six mois après la pose d'une prothèse. L'intervention chirurgicale pour la pose d'une prothèse était médicalement exigible et les limitations fonctionnelles restaient identiques.

Le 30 juin 2011, l'OAI a formellement interpellé l'assurée sur le point de savoir si elle acceptait de se soumettre à une opération de mise en place de prothèse du genou droit.

Le 11 juillet 2011, l'assurée a répondu à l'OAI qu'elle avait subi une opération le 26 août 2010 réalisée par le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Selon le certificat du 31 janvier 2011 de ce médecin, il avait pratiqué une arthroplastie totale du genou droit.

Le 5 décembre 2011, le Dr D._____ a fait savoir à l'OAI que l'évolution de l'opération du 26 août 2010 avait malheureusement été marquée par la persistance de douleurs diffuses. Cliniquement pourtant, le

genou était calme, sans rougeur, l'examen était rassurant, avec une mobilité en flexion-extension à 120°-0-0. Il n'y avait pas d'instabilité, pas de douleur significative sur la rotule. La sensibilité était diffuse au niveau des interlignes articulaires. Radiologiquement, il n'y avait pas de suspicion pour un problème tel qu'un descellement ou une autre cause de douleurs. Les douleurs à la fesse et au dos n'avaient pas été investiguées. Le Dr D._____ proposait pour le genou une scintigraphie osseuse, ainsi qu'un nouveau contrôle radiologique au début du mois de février 2012, une incapacité de travail étant attestée jusqu'à cette date.

Dans un avis du 4 janvier 2012, le Dr R._____ du SMR a estimé qu'il convenait d'attendre le prochain contrôle de février 2012 pour se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée.

Dans un rapport daté du 1^{er} juin 2012, le Dr D._____ a noté que sa patiente présentait toujours un genou douloureux après la mise en place d'une prothèse. Le bilan de scintigraphie osseuse avait montré une hypercaptation modérée sur le plateau tibial externe, sans autre anomalie, sur la phase avec granulocyte marqué. Une infection était exclue. D'après l'examen radiologique, il ne semblait pas y avoir de descellement. A l'examen clinique, le genou restait diffusément douloureux. L'assurée signalait des démangeaisons cutanées et une certaine intolérance à des métaux. Un test allergique avait été demandé pour confirmer ou infirmer une éventuelle allergie aux composants de la prothèse. Le pronostic était réservé. L'incapacité de travail était de 100% dans l'activité de femme de ménage depuis le 26 août 2010. Le Dr D._____ mentionnait encore des douleurs à la marche, à la station debout prolongée, des difficultés dans les escaliers et la nécessité de périodes régulières de repos à domicile. Une révision chirurgicale était à discuter seulement en cas d'allergie avérée. En théorie, une nouvelle opération pouvait faire évoluer la situation, mais il y avait peu d'espoir pour que l'assurée puisse encore exercer un quelconque travail mi-lourd.

Le 15 juin 2012, l'OAI a réinterpellé le Dr D._____ sur les limitations fonctionnelles de sa patiente, ainsi que sur sa capacité de

travail. En l'absence de réponse de ce médecin, le Dr R._____ a estimé le 31 août 2012 qu'il convenait de convoquer l'assurée à un examen orthopédique.

L'assurée a été examinée le 26 novembre 2012 par le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin auprès du SMR. Dans son rapport d'examen du 11 janvier 2013, il a notamment relevé ce qui suit :

« **DIAGNOSTICS**

- ***avec répercussion durable sur la capacité de travail***

- GONARTHROSE PRIMAIRE BILATERALE. STATUS APRES ARTHROPLASTIE DU GENOU DROIT M17.0
- GONALGIES PERSISTANTES A DROITE D84.9
- LOMBALGIES CHRONIQUES

- ***sans répercussion sur la capacité de travail***

- OBESITE CLASSE 1 AVEC BMI A 31.6
- HYPERTENSION ARTERIELLE EN TRAITEMENT

APPRÉCIATION DU CAS

Madame H._____ est âgée de 62 ans. Elle a travaillé en Suisse en tant que femme de ménage. Elle a développé des gonalgies à droite en 2008. Les radiographies ont montré la présence d'une gonarthrose prédominante au compartiment fémoro-patellaire et fémoro-tibial interne. Après un échec des traitements conservateurs, elle a été adressée au Dr D._____, chirurgien-orthopédiste à l'hôpital de [...] qui effectue le 26.08.2010 une arthroplastie totale du genou droit sans resurfaçage de la rotule. Les suites opératoires ont été compliquées par une possible infection superficielle de la plaie et surtout par des douleurs qui persistent malgré le traitement conservateur de physiothérapie. Une scintigraphie osseuse effectuée en février 2012 montre une hyper captation du versant tibial de la PTG avec une composante inflammatoire en phase tissulaire. Une scintigraphie aux anticorps anti-granulocytes marquée n'a pas révélé de signes infectieux en périphérique de la PTG. Un changement de prothèse peut être indiqué. Depuis le mois de juillet 2012, suite à une chute, le genou gauche est devenu aussi symptomatique. L'assurée se plaint aussi d'avoir des cervicalgies depuis de nombreuses années non investiguées ni traitées ainsi que des lombalgies évoluant depuis 2010 qui n'ont pas été ni investiguées ni traitées. Le Dr M._____ dans son expertise du 05.06.2009 effectuée avant l'arthroplastie totale du genou estimait que l'assurée ne pouvait plus exercer son métier de femme de ménage. Il estimait que, dans l'état actuel, elle était capable d'effectuer un travail d'établi ou de caissière à 50% au moins et que 2 à 3 mois après l'arthroplastie, elle devrait pouvoir travailler à temps complet dans une activité semi-assise sans port de charges. Le Dr D._____ estimait dans son rapport

du 31 janvier 2011 que Madame H. _____ était en arrêt de travail pour les activités lourdes, les marches prolongées ou la montée et descente des escaliers à répétition.

A l'issue de cet examen, on peut conclure que l'activité de femme de ménage n'est plus exigible car elle ne respecte pas les limitations fonctionnelles. Dans une activité légère semi-sédentaire sans port de charges, la capacité de travail de Madame H. _____ n'est pas complète en raison de la persistance de gonalgies, cervicales et lombalgies ainsi que la nécessité de faire des pauses régulières. Elle est estimée à 50%.

Limitations fonctionnelles

Travail sédentaire ou semi-sédentaire principalement assis dans lequel elle puisse mobiliser ses genoux à sa guise. Doit éviter les travaux accroupis ou à genoux. Doit éviter le port de charges. Doit éviter les travaux penchée en avant ou en porte-à-faux. Doit éviter de monter ou descendre les escaliers ou les pentes.

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

Arrêt de travail à 50% à partir du 18.05.2008.
Arrêt de travail à 100% dès le 28.07.2008.

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

Dans une activité parfaitement adaptée aux limitations fonctionnelles, l'assurée aurait pu travailler à 50% deux mois après sa chute du 02.05.2008 jusqu'à la date de l'intervention du genou. Trois mois après l'arthroplastie du genou, elle est apte, à nouveau, à travailler à 50% dans un travail adapté.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 0%
DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 50 % DEPUIS LE : 1^{ER} FÉVRIER 2011.
»

Par avis du 17 janvier 2013, le Dr R. _____ a suivi les conclusions de l'examen orthopédique du SMR.

Le 12 août 2013, le Dr D. _____ a fait savoir à l'OAI que la scintigraphie réalisée le 15 mai 2013 évoquait un possible descellement du plateau tibial en interne avec une hyper captation persistante.

Par projet du 27 septembre 2013, l'OAI a octroyé à l'assurée une demi-rente du 1^{er} juillet 2009 au 31 octobre 2010, une rente entière

du 1^{er} novembre 2010 jusqu'au 31 mars 2011, puis à nouveau une demi-rente dès le 1^{er} avril 2011.

Le 5 novembre 2013, l'assurée, toujours représentée par « [...] », a fait valoir que l'OAI n'avait pas examiné ses possibilités réelles d'exploiter économiquement sa capacité de gain et a sollicité l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} juillet 2009.

Dans un courrier du 22 novembre 2013 à l'OAI, le Dr D. _____ a annoncé qu'en été 2013 au Portugal, le genou de l'assurée avait lâché, ce qui avait provoqué une chute, entraînant une fracture supra-condylienne fixée par une plaque. L'assurée présentait également des douleurs invalidantes au genou gauche, mais une arthroplastie n'était pas envisageable en l'état compte tenu de la situation au genou droit. La question d'une éventuelle intervention devait être réévaluée six à douze mois plus tard.

Le 17 décembre 2013, le Dr R. _____ du SMR a pris note de la chute survenue au Portugal, estimant qu'elle entraînait une nouvelle incapacité de travail totale depuis une date à préciser. Il proposait un nouvel examen orthopédique dès qu'il aurait obtenu des précisions quant à cet événement (date, protocole opératoire, etc.).

A la demande de l'OAI, le Dr D. _____ lui a fait savoir le 28 mars 2014 que l'assurée avait été opérée au Portugal en septembre 2013 d'une fracture supra-condylienne du fémur droit. Il précisait que l'assurée était actuellement suivie par le Dr A. _____ pour ses problèmes au genou gauche.

Interpellé par l'OAI, le Dr A. _____ a indiqué le 28 avril 2014 que l'assurée présentait une impotence fonctionnelle des deux membres inférieurs, que sa capacité de travail était nulle dans toute activité depuis mai 2008 et qu'elle était limitée à la marche, pour monter et descendre et dans la durée de la station assise. Le 26 mai 2014, il a en outre fait savoir à l'OAI que sa patiente était sur le point d'être hospitalisée pour une

deuxième prothèse du genou, cette fois à gauche. Cette intervention avait toutefois dû être reportée en raison de l'état de santé de l'assurée.

Par avis du 17 juillet 2014, le Dr L. _____ du SMR a estimé que la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée était de 50% depuis le 1^{er} février 2011 mais qu'elle était nulle depuis septembre 2013 dans toute activité, date de la chute survenue au Portugal. En cas de nouvelle intervention du genou gauche, il y aurait lieu de refaire le point de la situation six mois après. Compte tenu du fait que l'assurée avait atteint l'âge de la retraite le 1^{er} avril 2014, une instruction complémentaire était superflue à compter de cette date.

Le 17 octobre 2014, l'OAI a rendu un projet de décision annulant et remplaçant celui du 27 septembre 2013. Dans ce cadre, il a retenu ce qui suit :

« Résultat de nos constatations :

Depuis le 02.05.2008 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

Le 26.01.2009, vous avez déposé une demande de prestations AI. Vous exercez l'activité de femme de ménage.

En raison de votre atteinte à la santé et au vu des éléments médicaux en notre possession, dont les conclusions de l'examen clinique effectué par le Service médical régional de l'AI le 26.11.2012, votre incapacité de travail était totale à la fin du délai d'attente d'une année, soit le 02.05.2009.

Votre capacité de travail était néanmoins estimée à cette à [sic] 50% dans toute activité simple et adaptée à vos limitations fonctionnelles.

Nous comprenons par adapté, tout poste de travail sédentaire ou semi-sédentaire, principalement assis dans lequel vous pouvez mobiliser vos genoux à volonté et qui ne vous impose pas :

- des travaux accroupis ou à genoux
- de port de charges
- de position en porte-à-faux
- des flexions du tronc
- des montées d'escaliers ou de pentes

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 2006 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a), CHF 4'019.- par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006 ; 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 2006 (41,7 heures ; La Vie économique, 8-2004, p. 94, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'189.81 (CHF 4'109.00 x 41,9 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 50'277.70.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2009 (+ 5.02% ; La Vie économique, 8-2004, p. 95, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 52'843.40.

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 50%, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 26'241.71 par année.

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

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

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 22'458.45.

Sans atteinte à la santé, vous pouviez prétendre en 2009 dans une activité simple qui correspond à vos qualifications et exercée à 100% au revenu annuel de CHF 52'843.40.

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF	52'843.40		
avec invalidité	CHF	22'458.45		
La perte de gain s'élève à	CHF	30'384.95	=	un degré
d'invalidité de 57.5% soit arrondi à 58 %				

Vous avez subi, le 26.08.2010, une intervention chirurgicale qui justifie une incapacité totale de travail dans toute activité jusqu'au 31.01.2011.

Durant cette période nous considérons que votre degré d'invalidité est de 100%.

L'exercice d'une activité adaptée à 50% est à nouveau exigible depuis le 01.02.2011, ce qui nous permet de vous reconnaître à

nouveau un degré d'invalidité de 58% (cf. calcul précité) jusqu'à la nouvelle intervention subie en septembre 2013 et depuis laquelle vous êtes à nouveau en incapacité de travail totale dans toute activité jusqu'à votre âge AVS.

Notre décision est par conséquent la suivante :

A partir du 01.07.2009 et jusqu'au 31.10.2010 (adaptation de la prestation après les 3 mois d'aggravation) le droit à une demi-rente est reconnu.

Dès le 01.11.2010 et jusqu'au 31.03.2011 (adaptation de la prestation après les 3 mois d'amélioration) le droit à une rente entière est reconnu.

Dès le 01.04.2011 et jusqu'au 30.11.2013 (adaptation de la prestation les 3 mois d'aggravation), un droit à une demi-rente est reconnu.

Depuis le 01.12.2013 et jusqu'à l'âge AVS (01.04.2014), le droit à une rente entière est reconnu. »

Le 3 décembre 2014, l'assuré a fait valoir ses moyens, estimant pour l'essentiel qu'elle n'avait aucune chance de retrouver un emploi à l'âge de 59 ans, sans formation professionnelle et alors qu'elle devait subir une nouvelle intervention chirurgicale.

Le 9 mars 2015, l'OAI a pris position sur les arguments de l'assurée, retenant qu'à 59 ans, elle avait encore la possibilité d'exercer pendant cinq ans une activité simple sédentaire ou semi-sédentaire dans l'industrie légère, sans formation particulière, et que l'opération à venir n'était pas un motif suffisant pour conclure que sa capacité de travail résiduelle n'était pas exploitable sur le marché de l'emploi.

Par décision du 15 juin 2015, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} juillet 2009 au 31 octobre 2010, à une rente entière du 1^{er} novembre 2010 au 31 mars 2011, puis à une demi-rente du 1^{er} avril 2011 au 30 novembre 2013, et enfin, à une rente entière du 1^{er} décembre 2013 au 31 mars 2014.

B. Par acte du 17 août 2015, H._____, représentée par « [...] », a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi

d'une rente entière pour les périodes du 1^{er} juillet 2009 au 31 octobre 2010 et du 1^{er} avril 2011 au 31 octobre [recte : 30 novembre] 2013. En substance, elle fait valoir qu'elle était âgée de 59 ans lors du dépôt de sa demande de prestations, de 60 ans lors de la pose de la prothèse à son genou droit, et de 62 ans et demi lors de l'examen du SMR du 26 novembre 2012. Elle fait pour l'essentiel grief à l'OAI de ne pas avoir examiné sa capacité concrète de trouver un emploi durant les périodes litigieuses. A ses yeux, aucun employeur n'aurait pris le risque de l'engager avant son opération du genou. En outre, pour la période d'avril 2011 à octobre [recte : novembre] 2013, compte tenu de son âge, de ses limitations fonctionnelles, de son absence de formation et de son expérience professionnelle limitée, ses chances de retrouver un emploi étaient nulles.

Par décision du 2 septembre 2015, l'assistance judiciaire a été octroyée à la recourante à compter du 20 août 2015 et Me Florence Bourqui désignée comme avocate d'office.

Le 6 octobre 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse.

Les parties ont maintenu leur position dans leurs écritures ultérieures.

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

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

b) En l'espèce, le recours a été interjeté – compte tenu des fêtes estivales – dans le délai légal de trente jours (art. 38 al. 4 et 60 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

La présente cause relève de la compétence d'un membre de la Cour des assurances sociales statuant comme juge unique (art. 94 al. 1 let. c LPA-VD), la valeur litigieuse correspondant à la différence entre la rente entière (à laquelle prétend la recourante) et la demi-rente (effectivement versée à la recourante) pour les périodes du 1^{er} juillet 2009 au 31 octobre 2010 et du 1^{er} avril 2011 au 30 novembre 2013, soit un montant inférieur à 30'000 francs.

2. Est litigieuse la question de savoir si la recourante peut prétendre à l'octroi d'une rente entière à compter du 1^{er} juillet 2009, sans être limitée à une demi-rente pour les périodes du 1^{er} juillet 2009 au 31 octobre 2010 et du 1^{er} avril 2011 au 30 novembre 2013.

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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 (cf. art. 28 al. 1 LAI).

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

L'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) prévoit que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Selon l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29^{bis} est toutefois applicable par analogie.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1).

En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

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 se trouvent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique ; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

c) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner le point de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 [VSI 1998 p. 293] consid. 3b et les références). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 8C_150/2013 du 23 septembre 2013 consid. 3.2 ; TFA I 377/98 du 28 juillet 1999 [VSI 1999 p. 246] consid. 1 et les références). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait

objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (TF 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.1 ; 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5 et les arrêts cités).

Selon la jurisprudence, le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C_716/2014, déjà cité, consid. 4.2). Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (cf. ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; cf. aussi TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

4. La recourante fait pour l'essentiel grief à l'OAI de ne pas avoir examiné sa situation concrète pour les périodes durant lesquelles le droit à une demi-rente lui a été reconnu, soit du 1^{er} juillet 2009 au 31 octobre 2010 et du 1^{er} avril 2011 au 30 novembre 2013. Pour elle, durant la première période (du 1^{er} juillet 2009 au 31 octobre 2010), elle était en attente d'une intervention chirurgicale lourde (savoir une prothèse totale du genou droit), nécessitant un long arrêt de travail, si bien qu'aucun employeur ne l'aurait engagée. Quant à la deuxième période (soit du 1^{er} avril 2011 au 30 octobre 2013), elle soutient que ses chances de retrouver un emploi étaient nulles compte tenu de son âge, de ses limitations fonctionnelles, de son absence de formation et de son expérience professionnelle limitée à l'activité de femme de ménage.

a) Il convient en premier lieu d'examiner la situation médicale de la recourante.

En l'occurrence, il n'est pas contesté que la recourante n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de femme de ménage, sa capacité de travail dans cette activité étant nulle (cf. rapports SMR des 15 avril 2009 et 17 janvier 2013). S'agissant de sa capacité de travail résiduelle, l'intimé a estimé que l'intéressée était en incapacité de travail à :

- 50% de juillet 2008 au 26 août 2010 (date de l'arthroplastie) ;
- 100% du 26 août 2010 au 31 janvier 2011 ;
- 50% du 1^{er} février 2011 à septembre 2013 (date de l'opération réalisée au Portugal) ;
- 100% de septembre 2013 au 1^{er} avril 2014, date où la recourante a atteint l'âge de la retraite.

L'intimé s'est fondé à juste titre sur l'examen SMR réalisé le 26 novembre 2012 par le Dr K._____. La recourante n'a au demeurant pas formellement contesté l'appréciation à laquelle s'est livré ce médecin. Dans son rapport d'examen du 11 janvier 2013, le Dr K._____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de gonarthrose primaire bilatérale, de status après arthroplastie du genou droit, de gonalgies persistantes à droite et de lombalgies chroniques. Etaient en revanche sans incidence sur la capacité de travail l'obésité classe 1 avec BMI à 31.6 et l'hypertension artérielle traitée. Ce médecin a estimé la capacité de travail de la recourante à 50% dans une activité adaptée dès juillet 2008 jusqu'à la date de l'intervention du genou, à savoir le 26 août 2010. La capacité de travail était ensuite nulle en raison de cette opération, puis à nouveau à 50% trois mois après (soit en novembre 2010). Cependant, le Dr K._____ a indiqué que la capacité de travail de la recourante était de 50% à compter du 1^{er} février 2011, alors que c'est la date du 27 novembre 2010 qui aurait, de façon cohérente avec ses observations, dû être retenue. En effet, le Dr K._____ a clairement

indiqué dans son rapport que la recourante était apte à exercer une activité adaptée à 50% « trois mois après l'arthroplastie » (du 26 août 2010), ce qu'il convient de retenir en l'espèce. Le Dr K. _____ a en outre défini les limitations fonctionnelles suivantes : travail sédentaire ou semi-sédentaire principalement en position assise dans lequel la recourante peut mobiliser ses genoux à sa guise, activité évitant les travaux accroupis ou à genoux, en position penchée en avant ou en porte-à-faux, évitant également le port de charges et de monter ou descendre des escaliers ou des pentes. Cela étant, le rapport du Dr K. _____ satisfait aux critères de la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. En effet, ce médecin a procédé à l'anamnèse utile, pris en compte le dossier radiologique et relevé les plaintes alléguées par la recourante. Il a ensuite réalisé les examens et observations cliniques nécessaires. Les conclusions du rapport sont dûment motivées et exemptes de contradictions, l'erreur susmentionnée étant manifestement une inadvertance. Il convient également de relever que le Dr M. _____ est parvenu à des conclusions similaires dans son expertise du 5 juin 2009 réalisée avant à l'arthroplastie. L'expert M. _____ retenait en effet que la recourante présentait avant l'intervention chirurgicale au genou une capacité de travail de 50% au moins dans une activité d'établi ou de caissière et qu'une fois cette opération effectuée, une capacité de travail entière dans une activité semi-assise serait exigible dans les deux ou trois mois.

Il n'y a par ailleurs pas d'autre document médical au dossier attestant une position différente sur la question de la capacité de travail résiduelle de la recourante. Le Dr A. _____ s'est limité dans ses rapports des 17 septembre 2008 et 2 mars 2009 à se prononcer sur la capacité de travail de la recourante dans l'activité de femme de ménage, sans précision de la capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. En outre, dans son rapport du 28 avril 2014, le Dr A. _____ a indiqué que la capacité de travail de la recourante était nulle dans toute activité depuis mai 2008, sans autre explication. Pourtant, les limitations fonctionnelles mentionnées par le Dr A. _____ (la marche, monter et descendre, ainsi que la durée de la station assise) n'écartent pas la possibilité d'exercer une activité sédentaire ou semi-sédentaire,

comme le proposait le Dr K._____. Enfin, le rapport du 5 décembre 2011 du Dr D._____ mentionnant une évolution marquée par la persistance de douleurs diffuses au genou ne permet pas de remettre en cause les conclusions motivées du Dr K._____. Le Dr D._____ n'a au demeurant pas donné suite à l'interpellation de l'OAI pour qu'il se prononce sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de la recourante, raison pour laquelle le Dr R._____ du SMR a estimé qu'il convenait de procéder à un examen orthopédique (cf. avis SMR du 31 août 2012).

Il convient dès lors de suivre les conclusions du Dr K._____ s'agissant de l'évolution de la capacité de travail de la recourante. Ainsi, cette dernière a présenté, dans une activité adaptée, une incapacité de travail de :

- 50% de juillet 2008 au 25 août 2010 ;
- 100% du 26 août 2010 (date de l'arthroplastie) au 26 novembre 2010 (et non pas février 2011 comme indiqué par inadvertance dans le rapport) ;
- 50% de décembre 2010 à août 2013 (date à laquelle la recourante a chuté au Portugal) ;
- 100% de septembre 2013 à avril 2014.

b) Cela étant, il convient d'examiner l'argumentation de la recourante en tant qu'elle porte sur le caractère exigible d'une activité lucrative. Il sied de distinguer les deux périodes durant lesquelles la recourante a été reconnue apte à exercer une activité adaptée à 50%, soit celle courant du mois de juillet 2008 au mois d'août 2010, date de la pose de la prothèse du genou droit, puis celle intervenant dès le 1^{er} décembre 2010, et jusqu'au mois d'août 2013, étant admis que l'incapacité de travail est totale à compter du mois de septembre 2013 (cf. avis SMR du 17 juillet 2014).

Entre juillet 2008 et août 2010, la recourante était âgée de 58, respectivement 60 ans. A cette période, elle se trouvait encore à près de quatre ans de l'âge ouvrant droit à une rente de vieillesse de l'AVS (cf. art.

21 al. 1 let. b LAVS [loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10]) et n'avait pas atteint le seuil à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste d'exploiter la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (cf. TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.2.2.2). En retenant dès lors pour cette période que la recourante aurait été en mesure d'exercer à 50% une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, l'OAI n'a pas violé le droit. Il a au demeurant tenu compte de l'âge et des limitations fonctionnelles de la recourante, en procédant à un abattement de 15% sur le revenu avec invalidité.

La situation est en revanche différente pour la période entre décembre 2010 et août 2013. Il est en effet admis qu'à la suite de l'intervention de pose d'une prothèse du genou droit, la capacité de travail de la recourante a été nulle, pour s'élever à nouveau à 50% dès le 1^{er} décembre 2010. Le moment auquel doit être examinée la question de la mise en valeur de la capacité de travail résiduelle de la recourante correspond à la date du rapport du Dr K. _____ du 11 janvier 2013 qui a permis d'établir de manière fiable que l'exercice d'une activité lucrative était médicalement exigible à 50% dès le 1^{er} décembre 2010 (cf. TF 9C_716/2014, déjà cité, consid. 4.2). Or, en janvier 2013, la recourante était proche de ses 63 ans. Dans ce contexte, l'OAI aurait dû procéder à une analyse globale de la situation de l'assurée, et se demander si, de manière réaliste, elle était en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Or tel n'est pas le cas en l'occurrence : un employeur potentiel n'aurait objectivement pas engagé la recourante, sans formation, lisant mal le français, qui présente de nombreuses limitations fonctionnelles (travail sédentaire ou semi-sédentaire principalement assis permettant la mobilisation des genoux à sa guise, pas de travaux accroupis ou à genoux, pas de port de charges, pas de travaux penchée en avant ou en porte-à-faux, pas d'activité nécessitant de monter ou descendre des escaliers ou des pentes), qui n'aurait pu travailler qu'à 50%, dont la situation sociale est précaire, et dont on ignore si elle dispose des capacités d'adaptation requises. En conséquence, la recourante n'était plus en mesure de mettre en valeur la capacité de

travail médico-théorique qui lui était reconnue sur le marché équilibré du travail, de sorte qu'elle a droit à une rente entière pour cette période, contrairement à la position retenue par l'intimé.

c) S'agissant du calcul du préjudice subi par la recourante – qu'elle n'a par ailleurs pas contesté –, pour la période d'incapacité de travail à 50% s'écoulant du mois de juillet 2008 au mois d'août 2010, le calcul réalisé par l'intimé n'est pas critiquable, malgré une erreur de calcul sans incidence sur le droit aux prestations. Ainsi, la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} juillet 2009 (art. 29 al. 1 LAI) au 31 octobre 2010, puis à une rente entière du 1^{er} novembre 2010 jusqu'à l'âge de sa retraite, le 1^{er} avril 2014 (cf. consid. 4b).

5. Vu ce qui précède, le recours est partiellement admis. La décision du 15 juin 2015 est réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière sans interruption pour la période du 1^{er} novembre 2010 jusqu'au 1^{er} avril 2014. Elle est confirmée pour le surplus, à savoir concernant l'octroi d'une demi-rente du 1^{er} juillet 2009 au 31 octobre 2010.

a) Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont mis à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

b) Ayant obtenu partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à des dépens réduits (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA). Le montant de ces derniers étant déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige, il convient de les fixer équitablement à 1'500 francs. Ce montant couvre en outre l'indemnité d'office à laquelle le conseil de la recourante aurait eu droit, l'avocate d'office n'étant intervenue qu'au stade de la réplique.

**Par ces motifs,
la juge unique**

prononce :

- I.** Le recours est partiellement admis.
- II.** La décision rendue le 15 juin 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière du 1^{er} novembre 2010 au 1^{er} avril 2014. Elle est confirmée pour le surplus.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à H._____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens réduits.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Florence Bourqui (pour H._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :