

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 mars 2018

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Röthenbacher, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourante, représentée par Me François Gillard, avocat à Bex,

et

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

Art. 6 ss et 17 LPGA ; 4 et 28 LAI ; 88a RAI.

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mariée et mère de deux enfants nés en [...] et [...], a travaillé du 1^{er} septembre 2004, soit dès son arrivée en Suisse, au 27 janvier 2014 en tant que « femme polyvalente » auprès d'I._____ à 100 %.

Le 25 avril 2014, le Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé à l'assurée une prothèse totale de la hanche gauche en raison d'une coxarthrose gauche. Elle a séjourné à cet effet du 24 avril au 1^{er} mai 2014 dans le Service d'orthopédie et traumatologie de l'Hôpital C._____, la patiente ayant pu regagner son domicile au vu de la bonne évolution (cf. rapport du 15 mai 2014 des Drs E._____, X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et G._____, médecin assistant).

L'assurée a déposé le 29 octobre 2014 une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant quant au genre de l'atteinte « prothèse de la hanche gauche. Arthrose de la hanche droite à opérer ».

Le 10 novembre 2014, le Dr E._____ a fait état d'une évolution favorable, avec reprise du travail à 50 % le 25 août 2014 et à 100 % dès le 29 septembre 2014.

Dans un rapport du 16 novembre 2014 à l'OAI, le Dr T._____, médecin généraliste traitant, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de coxarthrose bilatérale depuis 2013. L'incapacité de travail était totale depuis le 21 janvier 2014 et de durée indéterminée. L'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle en cas d'opération de la hanche droite. Les travaux suivants ne pouvaient plus être exigés de l'assurée : activités uniquement en position assise/debout,

exercées principalement en marchant, à genoux, impliquant de soulever et/ou de porter, de monter sur une échelle/escaliers.

I. _____ a complété le 20 novembre 2014 un questionnaire pour l'employeur, indiquant que l'assurée avait été licenciée pour le 31 janvier 2015. Le dernier jour de travail avait été le 27 janvier 2014, avec un essai de reprise à un taux de 50 % du 25 août au 26 septembre 2014. Le salaire annuel se montait à 42'692 fr. depuis janvier 2011. L'activité exercée par l'intéressée exigeait en particulier de rester debout et de porter des charges de 0 à 10 kg.

L'assurée a subi une nouvelle intervention chirurgicale le 20 janvier 2015, avec la pose d'une prothèse totale de la hanche droite, en raison d'une coxarthrose droite.

Selon le rapport du 19 mai 2015 du Dr E. _____ à l'assureur perte de gain Y. _____, l'évolution au 16 avril 2015, à trois mois de la pose de la prothèse totale de la hanche droite, était lentement favorable, avec des douleurs. Le Dr E. _____ réservait une révision chirurgicale à un mois en cas de défaut d'amélioration de la situation.

Le 15 juin 2015, l'OAI s'est adressé au Dr E. _____, en relevant en particulier que la tentative de reprise du travail - soit à 50 % du 25 août au 28 septembre 2014 - s'était soldée par un échec, car le 100 % n'avait pu être atteint, invitant ce médecin à le renseigner sur la nouvelle intervention au niveau de la hanche droite et sur la capacité de travail de l'intéressée.

Donnant suite à cette requête le 24 juillet 2015, le Dr E. _____ a expliqué avoir changé la cupule de la prothèse totale de la hanche droite le 18 juin 2015. La patiente présentait une hypoesthésie à l'intérieur de la jambe droite mais sans déficit moteur. Elle avait encore de la difficulté à lever la jambe avec une diminution de force au niveau du quadriceps droit. Il était prévu qu'elle aille faire des investigations auprès du Dr W. _____, spécialiste en neurologie.

Dans un rapport du 2 septembre 2015, faisant notamment suite à une électromyographie, le Dr W. _____ a informé le Dr E. _____ que l'assurée présentait une atteinte du nerf fémoral droit.

Le 10 septembre 2015, le Dr E. _____ a fait savoir à Y. _____ que l'évolution était moyennement favorable, la patiente ne se plaignant plus de douleurs, mais ayant toujours une diminution de force au niveau du quadriceps droit avec des épisodes de pseudo-lâchages. Les investigations du Dr W. _____ avaient montré une certaine atteinte au niveau du nerf fémoral droit d'origine inconnue et un CT-scanner allait être organisé afin d'investiguer l'état dudit nerf.

Dans un rapport du 25 septembre 2015, le Dr T. _____ a exposé que même après la seconde opération de la hanche droite, la patiente avait très mal, présentait des troubles de sensibilité et des difficultés à marcher. Elle était pour le moment totalement incapable de travailler.

Dans un rapport du 11 novembre 2015 au Dr E. _____, le Dr W. _____ a relevé que depuis la précédente évaluation, la patiente avait le sentiment que la situation avait légèrement progressé et qu'elle commençait à pouvoir mobiliser sa jambe. Elle signalait quelques lancées électriques dans la cuisse. La situation lui paraissait stable sur le plan sensitif. Elle se déplaçait avec des cannes anglaises et présentait parfois des douleurs aux genoux. Le Dr W. _____ a réalisé une électromyographie et constaté que l'atteinte du câble nerveux était incomplète. Avec la repousse axonale, la jonction nerf-muscle était en train d'intervenir, permettant d'enregistrer une activité volontaire dans le droit antérieur. Il a recommandé la poursuite de la physiothérapie.

Par courrier du 30 avril 2016, l'assurée, désormais représentée par Me François Gillard, a fait valoir que son état de santé ne cessait de se dégrader depuis septembre 2015.

Le 8 juin 2016, l'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotent. Elle a notamment exposé avoir besoin de la présence d'un tiers depuis 2014 pour l'aider dans son quotidien, pour les soins et les déplacements.

Une enquête relative à dite allocation a été mise en œuvre au domicile de l'intéressée le 21 juillet 2016. Dans son rapport du 27 juillet 2016, l'enquêtrice a retenu un besoin d'aide pour l'acte de se vêtir, précisant que l'assurée ne pouvait se pencher et plier la jambe droite, et pour l'acte de se déplacer à l'extérieur, l'intéressée ne pouvant notamment pas marcher plus de 20 minutes avec ses cannes.

A la requête du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), le Dr W. _____ a exposé le 27 juillet 2016 qu'il avait examiné la patiente pour la dernière fois le 14 janvier 2016. Elle s'était plainte de gonalgies et d'un pied qui avait tendance à gonfler lorsqu'elle marchait plus d'une trentaine de minutes. Elle avait signalé des paresthésies sur la face interne de la cuisse, de la jambe et du pied. Elle avait perdu la sensibilité autour du genou. L'examen clinique avait notamment montré que la patiente marchait sans problème sur les talons et les pointes et qu'elle parvenait à se relever de la position accroupie en prenant un peu plus appui sur le côté gauche. Le Dr W. _____ a informé que les incapacités de travail étaient gérées par le médecin traitant. Sur le plan médico-théorique et du point de vue neurologique, dans la mesure où la récupération était bonne, la reprise d'une activité professionnelle pouvait être envisageable dans un poste respectant les limitations fonctionnelles, ceci dès janvier 2016. Le pourcentage devait être défini par le médecin traitant, car l'atteinte neurologique se greffait sur une problématique orthopédique. S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr W. _____ a retenu ce qui suit :

« Au plan moteur, la récupération est remarquable puisque le quadriceps droit ne peut plus être vaincu. Curieusement, c'est actuellement au niveau de l'iliopsoas que l'on repère des lâchages empêchant la patiente de tenir le Mingazzini. Cette "faiblesse" est à prendre avec recul dans la mesure où l'iliopsoas développe une force tout à fait correcte lorsque la patiente est distraite par le testing d'un autre groupe musculaire (biceps femoris). Sur le plan

sensitif, là aussi, la situation est un peu surprenante dans la mesure où le déficit déborde désormais largement le territoire fémoral.

Du point de vue strictement neurologique, on doit s'attendre à des modifications sensitives séquellaires dans le territoire fémoral, sans pour autant valoriser leur progression dans les territoires adjacents. Sur le plan moteur, la récupération est excellente, ne justifiant plus désormais l'usage d'une canne anglaise, du moins du point de vue neurologique.

Au plan des limitations, vu les antécédents, il faudrait s'orienter vers un poste qui limite les déplacements, le besoin de gravir ou de descendre des escaliers ou la station debout prolongée. »

Dans un rapport du 30 août 2016 à l'OAI, le Dr E. _____ a relevé que lors de la consultation du 10 mars 2016, le résultat d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou droit avait mis en évidence des discrètes lésions dégénératives aux ménisques et la présence d'un kyste au niveau de la partie postéro-interne du genou. La patiente se déplaçait en charge avec beaucoup plus d'aisance et le passage de la position assise à debout était plus aisé. Il y avait cependant une décompense des douleurs assez frappante au niveau du genou droit qui présentait un discret épanchement et une mobilisation en flexion-extension bien conservée, mais avec des signes méniscaux positifs en interne. Au niveau de la hanche droite, la situation était meilleure, avec une bonne force au quadriceps, des rotations conservées et pas de trouble neuro-vasculaire. Sur ce plan, la patiente était stabilisée. Une ponction du kyste au genou avait été organisée. Le Dr E. _____ estimait possible une reprise de travail dès le 11 mars 2016 dans une activité adaptée, soit en positions debout et assise alternées, sans port de charges.

Par avis médical du 22 septembre 2016, la Dresse P. _____ du SMR a relevé que l'enquête d'impotence avait retenu un besoin d'aide pour les actes « s'habiller » et « se déplacer ». Dans leurs rapports des 27 juillet et 30 août 2016, les Drs W. _____ et E. _____ avaient quant à eux relaté une évolution favorable. L'assurée marchait en charge, pouvait s'accroupir et se relever. Certaines incohérences avaient été relevées par le Dr W. _____ entre les plaintes de l'intéressée et l'examen clinique objectif. Dans ces conditions, aucun besoin d'aide pour des actes de la vie quotidienne ne se justifiait selon la Dresse P. _____.

Dans un rapport SMR du 29 septembre 2016, la Dresse H. _____ a retenu comme atteinte principale à la santé une coxarthrose bilatérale opérée. L'incapacité de travail était totale du 21 janvier au 24 août 2014, puis de 50 % jusqu'au 29 septembre 2014, puis à nouveau totale jusqu'au 10 mars 2016, date à partir de laquelle l'assurée avait retrouvé une capacité totale de travail dans toute activité, avec une récupération neurologique et orthopédique. Les limitations fonctionnelles consistaient en une activité avec positions debout/assise alternées, sans port de charges, limitant les déplacements, le besoin de gravir ou descendre des escaliers et la station debout prolongée.

Par projet de décision du 29 septembre 2016, confirmé par décision du 15 novembre 2016, l'OAI a refusé l'octroi d'une allocation pour impotent. Cette décision est entrée en force.

Par projet de décision du 3 octobre 2016, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui accorder une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril 2015 au 30 juin 2016. Il a expliqué qu'elle avait présenté une incapacité totale de travail du 21 janvier 2014 au 10 mars 2016. Après l'échéance du délai de carence d'une année, le 21 janvier 2015, son préjudice était total et lui ouvrait le droit à une rente entière. Toutefois, la rente ne pouvait être versée au plus tôt que six mois après le dépôt de la demande, soit dès le 1^{er} avril 2015. Elle était supprimée au 30 juin 2016, à savoir trois mois après l'amélioration ayant eu lieu en mars 2016.

Selon le rapport du 28 novembre 2016 du Dr E. _____ au Dr T. _____, communiqué le 12 décembre 2016 à l'OAI, un spect-CT du 27 octobre 2016 avait mis en évidence des signes indirects d'un descellement partiel et des micro-mouvements au niveau du cotyle. Ce médecin était d'avis qu'il y avait lieu d'effectuer une demande AI pour l' « activité actuelle à la Blanchisserie », la patiente ne pouvant plus rester en position debout prolongée. Elle devait avoir un travail en positions debout et assise alternées, sans port de charges et sur un terrain plat. Le Dr E. _____ avait à nouveau mis l'assurée en arrêt de travail et la reverrait dans deux mois.

Le 30 janvier 2017, le Dr E. _____ a prié la Dresse R. _____ de lui indiquer si une partie neurologique participerait aux douleurs de la patiente, ceci avant de reprendre une voie postérieure pour une révision et un changement total de la prothèse de la hanche droite.

Par décision du 24 février 2017, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} avril 2015 au 30 juin 2016, s'élevant à 641 fr. par mois. Ce calcul était fondé sur un revenu annuel moyen déterminant basé sur 10 années et 4 mois de cotisations de 49'350 fr., comprenant la prise en compte de 5 années pour les tâches éducatives ; la durée de cotisations de la classe d'âge de l'intéressée était de 30 ans, le nombre d'années de cotisations retenues pour la détermination de l'échelle s'élevait à 10.05 ans et l'échelle de rente n° 15 était applicable ; le calcul était enfin fondé sur un degré d'invalidité de 100 %.

B. Par acte du 27 mars 2017, Z. _____, toujours représentée par Me Gillard, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à son annulation en tant qu'elle limitait le droit à la rente au 30 juin 2016 et fixait le montant de la rente à verser à « seulement » 641 fr. par mois, à ce qu'une rente entière lui soit octroyée à compter du 1^{er} avril 2015 pour une durée illimitée, le montant de ladite rente devant être recalculé, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance, elle a fait valoir que si elle avait certes retrouvé une capacité de travail en mars 2016, celle-ci avait été de courte durée. Son état s'était dégradé à la reprise de son activité professionnelle à 50 % au cours de l'été 2016. Les données médicales au dossier devaient dès lors être réactualisées. Elle a en particulier expliqué ne plus pouvoir se déplacer que sur de très courtes distances et avec une boiterie très prononcée, ni supporter la position assise plus de 15 à 20 minutes, estimant devoir alterner les positions assise et debout « selon un rythme tel que toute activité lucrative lui [était] clairement impossible ». Elle a ensuite exposé qu'il existait une contradiction entre le rapport du 14

mars 2016 du Dr E. _____ selon lequel elle disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée en positions debout et assise alternées sans port de charges, et le rapport du médecin-conseil du Service de l'emploi (ci-après : le SDE) du 26 avril 2016, dont il résultait qu'elle ne devait pas porter de charges de plus de 5 kg, que le travail devait être essentiellement en position assise la majorité du temps, sans déplacement significatif ni escaliers. Elle a ajouté dans ce cadre que le Dr T. _____, dans son rapport du 25 septembre 2015, avait objectivé qu'après la deuxième opération, elle avait encore très mal, présentait des troubles de l'équilibre et des difficultés à marcher. Elle a encore plaidé que son rendement était réduit compte tenu de ses douleurs importantes, du fait qu'elle ne pouvait pas rester assise trop longtemps, qu'elle boitait et ne pouvait pas monter et descendre des escaliers, ce dont l'intimé n'avait pas tenu compte. Elle estimait que seul un stage d'évaluation serait propre à apprécier objectivement son rendement futur et ses limitations fonctionnelles. Elle a également déploré que l'OAI n'ait fourni aucune proposition d'activité adaptée à ses limitations fonctionnelles actuelles, soutenant qu'il devrait être sommé de le faire afin qu'elle puisse discuter et/ou critiquer ces propositions. Dans un autre moyen, la recourante a contesté le calcul du montant de la rente, s'étonnant de sa « modicité », dès lors qu'elle avait travaillé durant 10 ans en Suisse à 100 %, que son époux avait lui aussi cotisé à 100 % en Suisse et qu'il convenait de tenir compte de ce que le couple avait cotisé au [...]. A titre de mesures d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise auprès d'un médecin neutre et indépendant pour qu'il se prononce sur ses limitations fonctionnelles actuelles, ainsi que la production de son dossier en mains de l'Office régional de placement d' [...] afin que soit en particulier transmis le rapport établi en octobre 2016 par le médecin-conseil de l'assurance-chômage. Elle a enfin demandé que soient « acceptés et versés au dossier » les deux rapports médicaux qu'elle entendait produire prochainement. Avec son recours, elle a notamment produit les pièces suivantes :

- un certificat médical du Dr E. _____ du 14 mars 2016 selon lequel l'incapacité de travail de l'assurée avait « débuté le 10 mars 2016 ;

le travail pouvait être repris à 100 % le 11 mars 2016, dans une activité adaptée en position debout et assise alternée sans port de charges » ;

- un rapport du 26 avril 2016 du médecin-conseil du SDE, estimant que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans la profession habituelle de lingère de manière continue, mais qu'elle pouvait exercer une autre activité dans une position assise pour la majorité du temps, avec un port de charges limité à 5 kg et sans déplacement significatif ni escaliers. Il ajoutait que l'intéressée n'avait pas retravaillé depuis janvier 2014, était déconditionnée, et qu'il conviendrait de lui trouver un stage à but de reconditionnement en tenant compte des limitations. Une activité à 100 % devrait être obtenue par la suite, par exemple comme ouvrière d'usine. En tant que lingère, la position debout risquait d'être trop longue.

Dans sa réponse du 3 mai 2017, l'OAI a proposé d'attendre les rapports médicaux complémentaires que la recourante avait annoncé vouloir produire. S'agissant du calcul de la rente, il a renvoyé aux déterminations du 28 avril 2017 de la Caisse AVS N._____, jointes en annexe, laquelle confirmait le montant mensuel de la rente de 641 francs. La Caisse ajoutait que les rentes étaient calculées individuellement et que le cas de l'intéressée ne constituait pas l'une des exceptions à ce principe prévues par la loi, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de tenir compte de la durée de cotisations et des revenus de l'époux. Enfin, la rente AI suisse devait être calculée de manière autonome, sans prise en compte de période d'assurance étrangère. La demande de rente à l'assurance sociale [...] avait été transmise à l'autorité compétente, laquelle devait se prononcer sur un éventuel droit à une rente d'invalidité [...].

La recourante a produit le 11 mai 2017 les pièces suivantes ne figurant pas déjà au dossier :

- un rapport du 12 décembre 2016 du Dr E._____ au Dr T._____, selon lequel la patiente se déplaçait en charge sans boiterie,

pouvant marcher sans canne et sans douleur pendant une période d'une heure sur un terrain plat, et faisant état de douleurs ; il prolongeait les séances de physiothérapie et l'arrêt de travail ;

- un rapport du 31 mars 2017 du Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, adressé au Dr T._____, lequel avait demandé un nouvel avis car le Dr E._____ proposait une troisième intervention au niveau de la hanche droite ; le Dr K._____ recommandait d'adresser la patiente au V._____, car elle devait bénéficier d'un bilan d'extension concernant un descellement de la cupule de la prothèse totale de la hanche droite et d'une reprise chirurgicale si nécessaire ; elle pourrait aussi bénéficier d'une évaluation auprès d'un neurologue en raison de l'hypoesthésie de la face antérieure de la cuisse ;
- un rapport du 12 avril 2017 [recte : courant 2014] du Dr T._____ au Dr E._____, l'informant qu'il allait examiner la patiente le 24 novembre 2014 et lui demandant si la pose d'une prothèse totale de la hanche droite était indiquée.

Par décision du 16 mai 2017, la juge en charge de l'instruction a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 27 mars 2017, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me François Gillard. La recourante a par ailleurs été astreinte à verser une franchise mensuelle de 100 fr. à compter du 1^{er} juin 2017.

Le 12 juillet 2017, l'OAI a estimé qu'il n'existait aucun élément objectif nouveau pouvant remettre en cause son appréciation de la capacité de travail pour la période dès le 11 mars 2016, si bien qu'il a proposé le rejet du recours. Il a joint à son écriture un avis du 22 juin 2017 de la Dresse H._____ du SMR, selon lequel les rapports médicaux soumis depuis le rapport SMR du 29 septembre 2016 n'apportaient pas d'élément nouveau, de sorte que ses conclusions demeuraient valables. Les limitations fonctionnelles préconisées par le Dr E._____ correspondaient

à celles relevées dans ce rapport SMR. Un décèlement n'avait pas été confirmé et une ré-intervention chirurgicale n'était pas indiquée. Le Dr K._____ émettait des hypothèses non confirmées cliniquement. L'hypoesthésie de la face antérieure de la cuisse droite était connue et avait fait l'objet d'évaluations neurologiques par le Dr W._____.

Avec sa réplique du 25 août 2017, la recourante a produit un rapport du 5 juillet 2017 des Drs B._____ et F._____, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au V._____, faisant suite à un examen du 26 juin 2017, à la teneur suivante :

« Diagnostic : PTH [prothèse totale de la hanche] droite douloureuse

Antécédents :

- Status post PTH gauche en 2014 par voie antérieure
- Status post PTH droite par voie antérieure le 20.01.15 et révision de celle-ci en juin 2015 pour mal positionnement de la cupule
- Status post atteinte du nerf fémoral avec hypoesthésie de la face antérieure de la cuisse et trouble moteur au niveau du quadriceps

Comorbidités :

- Asthme bronchique
- Status post opération du tunnel carpien bilatéral

Anamnèse :

La patiente vient ce jour en consultation afin d'avoir notre avis sur ses douleurs de sa prothèse de hanche droite.

Cette prothèse a été mise en place en janvier 2015 et révisée en juin 2015 pour un mal positionnement de la cupule. Depuis, la patiente présente toujours des douleurs au niveau du pli de l'aîne ainsi que dans la région trochantérienne.

Ses douleurs sont présentes à la marche mais pas au repos. Elle me dit toutefois que ses douleurs sont présentes la nuit et insomniantes selon la position dans son lit.

Elle a un périmètre de marche de 30 min. environ sans douleur, mais après elle doit s'arrêter. Elle présente une légère boiterie due à un léger raccourcissement au niveau de la jambe du MI [membre inférieur] droit.

La montée des escaliers est difficile et la patiente n'exerce actuellement aucun métier, avec un dossier AI qui a été ouvert.

La patiente ne prend pas de médicament.

Examen clinique :

Hanche droite : flexion-extension 100-0-0. Rotation interne-externe 20-0-40. Test du piston négatif. Rolling discrètement positif en rotation interne. Inégalité des MI de 1 cm environ en défaveur du MI droit.

A l'examen neurologique, elle présente une hypoesthésie de la face antérieure de la cuisse déjà connue et investiguée, ainsi qu'une force M3 du quadriceps.

L'examen du rachis sp [sans particularité], sauf des douleurs au niveau de la sacro-iliaque droite avec des troubles dégénératifs qui sont déjà connues. Le reste de l'examen neurologique est sp.

Bilan radiologique du jour :

PTH gauche : implant en place, sp.

PTH droite : implant en place, sans changement par rapport aux comparatifs de la radiographie du 22.09.16 effectuée à [...] où l'on observe également un liseré autour du cotyle.

Discussion :

Mme Z. _____ présente des douleurs de cette hanche prothétique droite qui diminuent sa qualité de vie et pour lesquels elle souhaite que l'on fasse des investigations, afin de trouver la source.

J'ai proposé à la patiente de commencer par une ponction de cette hanche afin d'écartier une infection qui pourrait être la source de cette symptomatologie.

Je vais organiser cette ponction et je reverrai la patiente 4 semaines après ce geste pour discuter des résultats et de la suite de la prise en charge. »

Se fondant sur ce rapport, la recourante a conclu que l'intimé soit sommé de compléter l'instruction en lien avec les diagnostics en découlant, notamment celui de « troubles somatoformes douloureux chroniques ». Elle a en outre requis la suspension de la cause jusqu'au mois d'octobre 2017 afin de pouvoir produire les résultats des investigations en cours.

Le 28 août 2017, l'intéressée a été invitée à produire les pièces annoncées par réplique du 25 août 2017 dans un délai au 30 octobre 2017.

Le 30 octobre 2017, la recourante a exposé que le rapport médical du 5 juillet 2017 du V. _____ lui paraissait pouvoir remplacer les pièces dont elle annonçait la production. Elle a par ailleurs informé qu'elle subirait au début de l'année 2018 une nouvelle opération, proposant d'écrire au V. _____ pour compléter l'instruction sur ce plan. Elle a ajouté que ces informations médicales concernaient la période antérieure à la décision litigieuse.

Le 20 novembre 2017, l'intimé a énoncé que le rapport médical du 5 juillet 2017 ne contenait pas d'élément objectif nouveau. L'évolution récente de la situation ne pouvait avoir d'incidence sur la décision attaquée, rendue le 24 février 2017. Celle-ci devait ainsi être confirmée en l'état du dossier, sans qu'il ne soit nécessaire d'attendre de nouveaux renseignements médicaux.

Le 3 janvier 2018, la recourante a indiqué n'avoir rien à ajouter.

Le 18 janvier 2018, elle a produit une convocation du Service d'orthopédie du V. _____ pour une intervention chirurgicale fixée au 16 janvier 2018. Elle a requis la suspension de la procédure, soutenant qu'il se justifiait d'attendre les résultats de cette intervention, son état de santé ne pouvant être actuellement considéré comme stabilisé. Me Gillard a encore transmis la liste de ses opérations.

E n d r o i t :

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

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales

(art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

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

2. a) Saisi d'un recours contre une décision prise par un assureur social, 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 et 125 V 413 consid. 2c).

b) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue ; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_193/2012 du 26 juillet 2012).

c) En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si la recourante a droit à une rente d'invalidité postérieurement au 30 juin 2016, ainsi que sur le montant de la rente octroyée.

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

persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

b) Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 131 V 164 consid. 2.2, 130 V 343 consid. 3.5, 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1).

A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), 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.

c) 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. 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 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2).

d) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

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, 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge prendra en considération le fait que ces derniers peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unissent à celui-ci ; 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).

4. En l'espèce, l'intimé retient que la recourante dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 11 mars 2016, ce que l'intéressée conteste.

Tous les médecins s'accordent sur le fait qu'elle a présenté une coxarthrose bilatérale, à l'origine d'une incapacité totale de travail ayant débuté en janvier 2014, qui a conduit à la pose d'une prothèse totale de la hanche gauche le 25 avril 2014. Les suites de cette intervention ont été favorables. La recourante s'est ensuite fait poser une prothèse totale de la hanche droite le 20 janvier 2015. Cette opération a cependant conduit à une révision chirurgicale le 18 juin 2015 avec changement de la cupule de la prothèse. Devant la persistance des troubles, des investigations complémentaires ont été mises en œuvre, en particulier au plan neurologique. Dans ce cadre, le Dr W._____ a posé le diagnostic d'atteinte du nerf fémoral droit (cf. rapport du 2 septembre 2015 adressé au Dr E._____). Il a néanmoins précisé, le 27 juillet 2016, que la récupération était bonne du point de vue neurologique, de sorte qu'une reprise d'une activité professionnelle pouvait être envisagée dès

janvier 2016 dans une activité adaptée, soit limitant les déplacements, la station debout prolongée et les escaliers.

L'atteinte au nerf fémoral droit a ainsi été portée à la connaissance du Dr E. _____ avant la rédaction du certificat médical du 14 mars 2016 et des rapports des 30 août et 28 novembre 2016. Il en a tenu compte dans l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée. Le Dr E. _____ a exposé que cette dernière avait retrouvé dès le 11 mars 2016 une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, à savoir en positions debout et assise alternées, sans port de charges (cf. certificat médical du 14 mars et rapport du 30 août 2016). Même si l'intéressée soutient que son état s'est dégradé à la reprise de son activité professionnelle au cours de l'été 2016, l'on constate que dans son rapport du 28 novembre 2016, le Dr E. _____ a confirmé son appréciation. Il a certes expliqué avoir remis l'assurée en incapacité de travail, des signes indirects d'un descellement partiel ayant notamment été mis en évidence, mais a précisé que ceci concernait l'activité habituelle à la blanchisserie, qui nécessitait de rester en position debout prolongée. Selon ce rapport, une activité adaptée, soit en positions alternées, sans port de charges et sur un terrain plat, demeurerait possible. On relèvera – pour autant que de besoin – que l'activité habituelle de la recourante en qualité d'employée polyvalente dans une buanderie industrielle n'est pas adaptée à ses limitations fonctionnelles, dès lors que ladite activité doit s'effectuer majoritairement en position debout et requiert de porter des charges pouvant aller jusqu'à 10 kg (cf. rapport de l'employeur du 20 novembre 2014). L'assurée ne peut donc tirer argument du fait que la reprise de son activité habituelle a conduit à une péjoration de son état, dès lors que cette activité n'était pas adaptée.

L'appréciation de la capacité de travail faite par le Dr E. _____ a été confirmée par la Dresse H. _____ du SMR, laquelle a en outre retenu des limitations supplémentaires concernant les déplacements, la station debout prolongée et les escaliers, telles que relevées par le Dr W. _____ (cf. rapport SMR du 29 septembre 2016).

Les autres rapports médicaux figurant au dossier ne permettent pas de remettre en cause ces constatations. En particulier, le rapport du 25 septembre 2015 du Dr T. _____ ne consacre nullement une contradiction avec les observations du Dr E. _____, dès lors qu'il a été rédigé près de six mois avant que ce spécialiste en chirurgie orthopédique établisse, en mars 2016, que la recourante pouvait œuvrer à plein temps dans une activité adaptée dès le 11 mars 2016.

Il n'y a pas non plus de contradiction entre l'appréciation du Dr E. _____ et celle du médecin-conseil du SDE, lequel a également retenu, le 26 avril 2016, que l'assurée pouvait exercer une activité adaptée à 100 %. Les deux médecins ont exposé que la position debout requise par la profession de lingère n'était pas adaptée. Contrairement à ce que soutient la recourante, le simple fait que le médecin-conseil du SDE a estimé qu'elle pouvait exercer une activité essentiellement en position assise et ne devait pas porter de charges de plus de 5 kg, alors que le Dr E. _____ avait notamment retenu une activité sans port de charges, ne suffit pas à douter des observations de ce spécialiste, lequel la suivait au domicile régulièrement.

Par ailleurs, les rapports produits par l'intéressée dans le cadre du recours ne font pas état d'éléments qui auraient été ignorés par l'OAI lorsqu'il a rendu la décision litigieuse. En particulier, les rapports du 31 mars 2017 du Dr K. _____ et du 5 juillet 2017 du V. _____ font état d'une hypoesthésie de la face antérieure de la cuisse, laquelle était déjà connue en 2015 (cf. rapport du 24 juillet 2015 du Dr E. _____). Tel que relevé par la Dresse H. _____ du SMR dans son avis médical du 22 juin 2017, ce trouble a d'ailleurs fait l'objet de plusieurs évaluations neurologiques par le Dr W. _____ (cf. rapports des 2 septembre et 11 novembre 2015). L'éventuel descellement évoqué par le Dr K. _____ avait déjà été relevé par le Dr E. _____ dans son rapport du 28 novembre 2016. Quant aux spécialistes du V. _____, ils ont décrit que la radiographie de la hanche droite avait mis en évidence un implant en place, en précisant qu'il n'y avait pas de changement par rapport aux comparatifs d'une radiographie effectuée en septembre 2016, où l'on

observait également un liséré autour du cotyle. Pour le surplus, dans sa réplique, la recourante a déduit du rapport du V._____ un certain nombre de limitations fonctionnelles et de « diagnostics », dont des « troubles somatoformes douloureux chroniques ». Un tel diagnostic n'est toutefois pas mentionné dans ledit rapport, ni dans aucun autre document médical figurant au dossier. Au demeurant, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Quant à l'intervention chirurgicale pour laquelle l'assurée a été convoquée au V._____ le 16 janvier 2018, il s'agit de faits intervenus près d'une année après la décision litigieuse, laquelle a été rendue le 24 février 2017. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_899/2013 du 24 février 2014 consid. 4.3). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/17 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les références citées). Tel n'est pas le cas en l'occurrence, cette intervention n'étant pas propre à influencer sur l'appréciation effectuée le 24 février 2017. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de suspendre la procédure en attendant les résultats de cette opération, comme requis par l'assurée. Elle pourra quoi qu'il en soit déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'intimé si sa situation devait se péjorer.

La recourante a encore soutenu que son rendement était réduit compte tenu notamment du fait qu'elle ne pouvait pas rester assise trop longtemps, ce qui n'avait pas été pris en considération par l'intimé.

Toutefois, il y a lieu de constater que les éléments au dossier ne permettent pas de retenir que dans une activité conforme aux limitations fonctionnelles, soit avec l'alternance des positions assise et debout, sans port de charges, limitant les déplacements, le besoin de gravir ou descendre des escaliers et la station debout prolongée, il y aurait une baisse de rendement.

Pour le surplus, les assurés n'ont pas droit à la mise en œuvre d'un stage d'évaluation, comme l'a requis l'intéressée, étant rappelé que ce sont les données médicales qui conduisent à établir la capacité de travail. En effet, elles permettent généralement une appréciation objective du cas ; elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 3.2 et 9C_28/2012 du 20 juin 2012 consid. 5.2 avec les références citées). Il appartient en effet aux médecins de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, ses limitations fonctionnelles et le type d'activités encore exigibles (ATF 125 V 256 consid. 4) dans la mesure où leur connaissance spécifique de la médecine leur permet de dépasser le stade de la simple observation *in situ* qui comprend trop de facteurs incontrôlables (TFA I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2) pour emporter à elle seule la conviction dans une situation médicale controversée (TF 9C_31/2010 du 28 septembre 2010 consid. 3 et TF 9C_34/2008 du 7 octobre 2008 consid. 3).

Enfin, l'assurée reproche à l'intimé de ne pas avoir proposé une liste d'activités qui seraient adaptées à son état de santé. Cependant, compte tenu du large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général – et le marché du travail équilibré en particulier –, il faut admettre qu'un nombre significatif d'entre elles sont adaptées aux pathologies de la courante et accessibles sans formation particulière (TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011

consid. 6.3), sans que l'on puisse reprocher à l'OAI de ne pas avoir établi une liste de telles activités.

Au vu de ce qui précède, l'intimé était fondé à retenir, sur la base des éléments au dossier, que l'assurée présentait une pleine capacité de travail dès le 11 mars 2016 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

5. Au surplus, l'OAI a fixé correctement la suppression de la rente temporaire au 30 juin 2016, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé de l'intéressée ayant eu lieu au mois de mars 2016 (cf. consid. 3b supra).

6. La recourante a également contesté le montant de la rente octroyée, faisant valoir qu'elle avait été employée durant 10 ans en Suisse, que son époux y travaillait également et qu'il convenait de tenir compte de ce qu'ils avaient cotisé au [...].

a) Conformément à l'art. 36 al. 2 LAI, les dispositions de la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10) sont applicables par analogie au calcul des rentes ordinaires de l'assurance-invalidité.

b) En vertu de l'art. 29bis al. 1 LAVS, le calcul de la rente est déterminé par les années de cotisations, les revenus provenant d'une activité lucrative ainsi que les bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance entre le 1^{er} janvier qui suit la date où l'ayant droit a eu 20 ans révolus et le 31 décembre qui précède la réalisation du risque assuré. La durée de cotisation est réputée complète lorsqu'une personne présente le même nombre d'années de cotisations que les assurés de sa classe d'âge (art. 29ter al. 1 LAVS).

En l'espèce, l'assurée est entrée en Suisse le 1^{er} septembre 2004 et a été assurée à l'AVS sans interruption depuis cette date jusqu'au 31 décembre 2014, soit le 31 décembre qui précède la réalisation du

risque assuré, en janvier 2015. Elle a ainsi été assujettie à l'AVS durant 10 ans et 4 mois.

Les périodes de cotisations entre le 31 décembre précédant la réalisation du cas d'assurance et la naissance du droit à la rente peuvent être prises en compte pour combler les lacunes de cotisations ; les revenus provenant d'une activité lucrative réalisés durant cette période ne sont toutefois pas pris en considération pour le calcul de la rente (art. 52c RAVS [règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.101]). L'invalidité de la recourante ayant été reconnue en janvier 2015, il y a lieu d'ajouter, pour la détermination de l'échelle de rente uniquement, un mois à la durée de cotisations, aboutissant à un assujettissement total de 10 ans et 5 mois.

L'année de naissance de la recourante est [...]. Lors de la survenance du cas d'assurance en 2015, la durée de cotisations de la classe d'âge de référence était de 30 ans pour obtenir une rente complète de l'échelle 44 (cf. Table des rentes 2015, rubrique « Table des classes d'âge », éditée par l'Office fédéral des assurances sociales, valable dès le 1^{er} janvier 2015).

Ainsi, au vu de la durée d'assujettissement de l'assurée et de celle de la classe d'âge de référence, l'échelle de rente applicable en l'espèce est l'échelle 15, correspondant au 34.09 % de la rente complète (cf. Table des rentes précitée, rubrique « Indicateur d'échelles » ; art. 52 al. 1 RAVS).

c) Selon l'art. 29quater LAVS, la rente est également calculée en fonction du revenu annuel moyen. Celui-ci se compose notamment des revenus de l'activité lucrative (art. 29quater let. a LAVS) sur lesquels des cotisations ont été versées (art. 29quinquies al. 1 LAVS). Il est établi pour chaque assuré tenu de payer des cotisations des comptes individuels où sont portées les indications nécessaires au calcul des rentes ordinaires (art. 30ter al. 1 LAVS).

En l'occurrence, l'extrait de compte individuel de la recourante indique que pour la période déterminante, ses revenus se sont montés à 392'408 francs. Contrairement à ce qu'elle soutient, les revenus réalisés par son époux ne doivent pas être pris en compte dans ce calcul. En effet, la répartition des revenus réalisés pendant les années civiles de mariage est effectuée seulement lorsque les deux conjoints ont droit à la rente, lorsqu'une veuve ou un veuf a droit à une rente de vieillesse, ou encore lorsque le mariage est dissous par le divorce (art. 29quinquies al. 3 LAVS). Or, aucune de ces hypothèses n'est réalisée en l'espèce.

La somme des revenus de l'activité lucrative doit ensuite être revalorisée en fonction de l'indice des rentes prévu à l'art. 33ter LAVS. L'Office fédéral des assurances sociales fixe chaque année les facteurs de revalorisation de la somme des revenus provenant de l'activité lucrative (art. 30 al. 1 LAVS et art. 51bis al. 1 RAVS).

En l'espèce, au vu de la date d'entrée de la recourante dans l'assurance, le facteur de revalorisation pour l'année 2015 est de 1,000 (cf. Table des rentes précitée, rubrique « Facteurs forfaitaires de revalorisation calculés en fonction de l'entrée dans l'assurance »). Le montant des revenus demeure ainsi à 392'408 fr. ($392'408 \times 1,000$).

Ce revenu doit ensuite être divisé par le nombre d'années de cotisations (art. 30 al. 2 LAVS), à savoir 10 ans et 4 mois pour l'assurée, de telle sorte que la moyenne du revenu se monte à 37'975 fr. ($392'408 : 10$ ans et 4 mois, soit $[392'408 \times 12] : 124$ mois).

d) Il convient en outre de tenir compte des bonifications pour tâches éducatives, étant précisé que la recourante n'a pas effectué de tâches d'assistance.

Les bonifications éducatives sont attribuées pour les années durant lesquelles une personne avait des enfants âgés de moins de seize ans alors qu'elle était assurée. Il y a toujours lieu de prendre en compte des années entières d'éducation. Aucune bonification n'est ainsi octroyée

pour l'année de la naissance du droit à la bonification pour tâches éducatives (art. 52f al. 1 RAVS). Lorsque les parents sont mariés, la bonification pour tâches éducatives est partagée par moitié durant les années civiles de mariage commun. Le montant de telles bonifications correspond au triple de la rente de vieillesse annuelle minimale au moment de la survenance du cas d'assurance (art. 29sexies al. 2 LAVS). La moyenne des bonifications pour tâches éducatives résulte de la division des bonifications pour tâches éducatives à prendre en compte, par la durée de cotisations déterminante pour le calcul de la moyenne des revenus de l'activité lucrative.

En l'espèce, l'assurée est mère de deux enfants nés en [...] et [...]. Au vu de son arrivée en Suisse en septembre 2004 et du fait qu'il y a lieu de prendre en compte des années entières, les bonifications pour tâches éducatives doivent être retenues à partir de 2005, jusqu'à 2009, soit cinq bonifications à partager entre les époux. La rente de vieillesse annuelle minimale au moment de la survenance du cas d'assurance, en 2015, s'élevait à 1'175 fr. mensuels multipliés par 12 mois (cf. Table des rentes précitée, échelle 44). Le montant à retenir pour les bonifications est donc de 10'234 fr., soit $[5 \text{ (nombre de bonifications)} \times (1'175 \times 12 \times 3) \times 12 : 2 \text{ (partagées entre les époux)}] : 124 \text{ mois (durée des cotisations déterminantes pour le calcul de la moyenne des revenus de l'activité lucrative)}$.

e) Le revenu annuel moyen déterminant se monte dès lors à 48'209 fr., soit 37'975 fr. (moyenne du revenu) + 10'234 fr. (bonifications pour tâches éducatives). Selon l'échelle 15 de la Table des rentes précitée, ce montant est arrondi à 49'350 fr. et correspond à une rente entière d'invalidité de 641 fr. par mois, telle que fixée dans la décision attaquée.

f) La recourante a encore fait valoir qu'elle avait cotisé au [...].

Toutefois, ainsi que l'a relevé à juste titre la Caisse AVS dans ses déterminations, selon la Circulaire sur la procédure pour la fixation des prestations dans l'AVS/AI (CIBIL) dans le cadre des accords bilatéraux

Suisse-UE, la rente AI suisse principale continue d'être calculée de manière autonome, soit sans prise en compte de périodes d'assurance étrangères (ch. 3006 CIBIL). C'est donc à juste titre que seule la période d'assujettissement en Suisse a été prise en considération pour le calcul de la rente.

Il sied de rappeler que dans ses déterminations, la Caisse AVS a informé que la Caisse suisse de compensation avait transmis la demande de rente de l'assurance sociale [...] à l'autorité compétente, à laquelle il appartenait désormais de se prononcer sur un éventuel droit à une rente d'invalidité [...].

g) Au vu de ce qui précède, le montant de la rente de 641 fr. retenu dans la décision litigieuse ne prête pas le flanc à la critique.

7. a) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c).

b) En l'occurrence, le dossier est complet du point de vue médical et permet à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une expertise, ni d'ordonner la production du dossier de la recourante auprès de l'Office régional de placement d' [...], tels que requis par celle-ci.

8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis

LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que cette dernière est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pour le surplus pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

La recourante bénéficie en outre, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me François Gillard (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Ce dernier a communiqué le 18 janvier 2018 la liste de ses opérations, totalisant 8 heures de travail et 43 fr. 20 de débours. Vérifiée d'office, cette liste doit être approuvée, de sorte que l'indemnité sera fixée à 1'601 fr. 85 (débours et TVA compris).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 24 février 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me François Gillard, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'601 fr. 85 (mille six cent un francs et huitante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- V. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais de justice et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.
- VI. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me François Gillard (pour Z. _____)
- 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 :