

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 25 juin 2020

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mmes Röthenbacher et Di Ferro Demierre, juges  
Greffière : Mme Popescu

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**M.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

**Art. 17 LPGA ; 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** M. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...] 1961, titulaire d'une certification d'aide-soignante, conseillère de vente indépendante jusqu'au [...] 2015, mère d'une fille majeure ainsi que d'un fils né en [...], a déposé le 7 octobre 2016 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle a fait état de diverses périodes d'incapacité de travail à compter du 3 décembre 2014 et d'une incapacité de travail totale dès le 1<sup>er</sup> juillet 2016. Elle a indiqué, quant au genre de l'atteinte, qu'elle était survenue à la suite d'une opération du genou droit en décembre 2014. Depuis lors, elle rencontrait de fortes douleurs aux genoux, ainsi qu'au niveau des mollets. Elle ne pouvait ni marcher à la descente, ni courir, ni se baisser ou marcher longtemps ; elle avait en outre de la peine à monter et descendre les escaliers.

Le 28 novembre 2016, le Dr G. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant depuis 2009, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de gonarthrose bilatérale sévère, ainsi que de status post ostéotomie de valgisation bilatérale et de status post opération dysplasie des hanches en 1977. Relevant une incapacité de travail totale depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2016, le Dr G. \_\_\_\_\_ a estimé que les restrictions pouvaient être réduites par la mise en place de prothèses totales du genou bilatérales. Selon lui, après cette intervention, la capacité de travail de l'intéressée serait de 100 % dans une activité adaptée tenant compte des restrictions habituelles après la pose de telles prothèses.

A la requête de l'OAI, l'assurée a indiqué le 3 décembre 2016 que sans atteinte à la santé, elle travaillerait depuis 2009 à un taux de 70 % dans le domaine de la vente pour des raisons financières.

Dans un rapport à l'OAI du 7 décembre 2016, le Dr K. \_\_\_\_\_, chiropraticien, a fait état d'un burn-out et de gonalgies en lien avec une arthrose importante.

Le 13 janvier 2017, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin traitant depuis le mois d'août 2016, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de gonarthrose tricompartmentaire bilatérale existant depuis de nombreuses années. Il a indiqué qu'il était question de mettre en place une prothèse totale du genou droit, l'opération étant prévue pour le mois de mars ou d'avril 2017. L'incapacité de travail de l'intéressée était totale depuis le 31 octobre 2016 dans l'activité qu'elle exerçait comme conseillère indépendante. Pour le Dr R.\_\_\_\_\_, la prothèse totale du genou devrait améliorer la symptomatologie ; la patiente resterait cependant limitée, notamment dans le port de charges lourdes, ainsi que dans les mouvements de genuflexion et lors de position prolongée sur les genoux.

A la suite d'un entretien du 23 janvier 2017, la spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a relevé qu'actuellement l'assurée ne pouvait envisager une réflexion quant à un projet de réinsertion professionnelle, compte tenu de ses douleurs trop importantes aux genoux. La pose d'une prothèse totale du genou droit était prévue le 26 avril 2017 et celle d'une prothèse totale du genou gauche à l'automne 2017. La spécialiste en réinsertion a précisé que l'intéressée avait présenté une nouvelle incapacité de travail depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2016 en raison d'un épuisement psychique.

Le 17 octobre 2017, le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a observé que sur la base des documents médicaux disponibles, l'atteinte principale à la santé consistait en une gonarthrose bilatérale justifiant une chirurgie prothétique. Le même jour, le Dr Z.\_\_\_\_\_ s'est adressé au Dr G.\_\_\_\_\_. Ce dernier lui a fait savoir, le 25 octobre 2017, que la pose d'une prothèse totale du genou gauche était prévue le 7 décembre 2017. La prothèse totale du genou droit avait été mise en place au début de l'année, avec une évolution lentement favorable. Le médecin traitant a joint un rapport du 11 septembre 2017 du Dr R.\_\_\_\_\_, à teneur duquel

l'évolution à six mois de la prothèse totale du genou droit était favorable. Dans la mesure où la patiente était de plus en plus gênée par son genou gauche, une intervention prothétique serait effectuée le 7 décembre 2017.

Le 9 novembre 2017, le Dr Z.\_\_\_\_\_ du SMR a admis une incapacité de travail de 100% ininterrompue depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2016. Il a demandé à ce que le médecin traitant soit à nouveau interrogé trois mois après la pose de la prothèse totale du genou gauche, soit à la fin du mois de février 2018.

Le 16 janvier 2018, le Dr R.\_\_\_\_\_ a renseigné le Dr G.\_\_\_\_\_ sur l'évolution de l'état de l'assurée, lequel était globalement favorable. Il lui a indiqué en particulier ce qui suit :

« A l'examen clinique du jour, on retrouve un genou gauche qui présente un épanchement intra-articulaire, quelques douleurs à la palpation essentiellement de l'aileron interne. L'extension du genou est complète, la flexion est possible jusqu'à environ 100-110° ; le genou est stable. Du côté droit, l'extension est complète, une flexion jusqu'à 120 ° avec un genou qui est stable.

Le bilan radiologique du jour démontre des implants qui restent bien en place avec des bons signes de scellement.

Je dis à Madame M.\_\_\_\_\_ qu'elle maintienne ses séances de physiothérapie notamment pour continuer à récupérer ses amplitudes articulaires ainsi que de travailler son renforcement musculaire.

Concernant son activité professionnelle, à noter qu'elle devra s'orienter vers une activité de type sédentaire à semi-sédentaire lui évitant le port de charges lourdes, les genuflexions ainsi que les positions prolongées sur les genoux. Elle devra avoir une profession qui alterne les positions tant assises que debout. Il est clair que dans son activité d'aide-soignante, il est pour moi impossible qu'elle puisse reprendre cette activité.

A noter que la dernière activité de Madame M.\_\_\_\_\_ était dans la vente en tant qu'indépendante. Il est difficile de pouvoir envisager aujourd'hui une reprise. L'arrêt de travail est donc prolongé à 100 %.

Se discute la question de son avenir entre une réorientation professionnelle ou alors la discussion d'une rente. Je demande pour ça à l'office AI d'envisager la réouverture du dossier de la patiente et de convoquer la patiente pour refaire le point avec elle quant aux possibilités sur son avenir. »

Dans son rapport du 26 février 2018 adressé au Dr G.\_\_\_\_\_, le Dr R.\_\_\_\_\_ a relevé que l'évolution était marquée par une augmentation des douleurs et une marche plus difficile, précisant qu'une semaine auparavant, la patiente avait « utilis[é] un peu plus ses genoux ». Ce médecin a expliqué que la patiente, qui avait notamment bénéficié d'une prothèse totale du genou gauche, devait travailler son renforcement musculaire aux genoux, qui était encore fortement limité. Le Dr R.\_\_\_\_\_ a prolongé de trois mois l'incapacité de travail à 100 %.

Le 26 février 2018 également, le Dr Z.\_\_\_\_\_ du SMR a estimé que la capacité de travail de l'intéressée devrait théoriquement être normale dans une activité adaptée à trois mois de la seconde opération, soit en mars ou en avril 2018. Or, le chirurgien orthopédiste traitant, qui attestait d'une évolution post-opératoire normale, ne s'exprimait pas quant au taux de la capacité de travail exigible dans une activité adaptée et sollicitait un avis du « médecin-conseil de l'AI ». Dès lors, il convenait d'organiser un examen clinique rhumatologique au SMR ou à défaut une expertise orthopédique.

L'assurée a été convoquée le 2 mai 2018 pour un examen clinique rhumatologique auprès du SMR. Dans son rapport du 14 mai 2018, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de gonalgies à prédominance gauche dans le cadre d'un status après la pose d'une prothèse totale du genou droit le 16 mars 2017 et celle d'une prothèse totale du genou gauche le 7 décembre 2017. Sans effet sur la capacité de travail, il a retenu celui de status post-opération d'une dysplasie des hanches en 1977. Il a pour le surplus fait l'appréciation suivante du cas :

« Compte tenu de l'évolution défavorable de l'arthrose des genoux, il y a lieu de s'aligner sur l'avis du Dr G.\_\_\_\_\_, qui atteste une IT [incapacité de travail] de 100 % dans cette activité à partir du 01.07.2016 (cf. RM [rapport médical] du 28.11.2016). La mise en place d'une PTG D [prothèse totale du genou droit] le 16.03.2017 et du genou G [gauche] le 07.12.2017 implique une prolongation de l'IT dans toute activité. L'évolution postopératoire est plus longue qu'à l'habituel étant donné qu'il s'agit de genoux qui ont déjà été opérés

pour des ostéotomies de valgisation, avec des douleurs chroniques et un affaiblissement musculaire. Depuis la dernière opération, l'évolution est lentement favorable. L'assurée indique avoir repris des séances de fitness 3 x 1 heure par semaine. Elle promène son chien pendant 45 minutes à 1 heure 15.

Dans le RM du 26.02.2018, le Dr R. \_\_\_\_\_ [ne] fait état d'aucune complication postopératoire. Il persiste toutefois une légère inflammation du genou G, une diminution de la mobilité, principalement en extension, qui sont toujours présentes actuellement. La mise en place de la PTG G est encore récente. L'assurée continue la physiothérapie. Des progrès concernant la distance de marche, la tolérance de la position debout, sont encore attendus.

Actuellement l'ancienne activité de conseillère chez J. \_\_\_\_\_ n'est toujours [pas] exigible. L'activité d'aide-soignante, qui est davantage contraignante pour les genoux, ne l'est pas non plus. A 3 mois de la PTG G, on considère toutefois qu'une activité sédentaire, se déroulant essentiellement en position assise, avec possibilité de se lever par intermittence, sans long déplacement ni montée et descente fréquente des escaliers et sans activité en zones basses ou port des charges au-delà de 10 kg[,] est exigible. Même en cas de diminution de l'inflammation du genou G, il subsistera des limitations pour les activités en zones basses à genoux ou accroupie, le port de charges lourdes. Ces limitations sont également relevées par le Dr R. \_\_\_\_\_ dans le RM du 16.01.2018.

### **Limitations fonctionnelles**

*Genoux* : port de charges maximal de 10 kg, activités en zones basses à genoux ou accroupie, marche au-delà de 1 heure 15, position assise au-delà de 1 heure, position debout sans déplacement au-delà de 30 minutes, montée et descente répétitive d'escaliers. L'alternance des positions assis et debout permet d'augmenter le temps de travail.

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

En se basant sur le RM du Dr G. \_\_\_\_\_ daté du 28.11.2016, il y a une IT de 100 % à partir du 01.07.2016.

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

L'IT est restée totale dans l'activité d'aide-soignante et de conseillère chez J. \_\_\_\_\_ [recte : J. \_\_\_\_\_]. Il est vraisemblable qu'une fois l'état inflammatoire du genou G résolu, l'assurée pourra reprendre son activité de conseillère chez J. \_\_\_\_\_ [recte : J. \_\_\_\_\_] si elle peut être aidée pour le port des caisses de bougies et d'accessoires.

Dans une activité plus sédentaire, l'assurée retrouve une CT [capacité de travail] de 100 % à 3 mois de la dernière intervention chirurgicale du genou G, c'est-à-dire à partir du 07.03.2018.

**Concernant la capacité de travail exigible**, elle est déterminée sur le plan rhumatologique par la tolérance aux contraintes mécaniques des genoux dans le cadre de la mise en place d'une prothèse totale ddc [des deux côtés]. La mise en place de la prothèse du côté G est encore récente. Il persiste des signes inflammatoires.

Concernant les hanches, l'assurée n'a pas de plaintes. L'examen clinique est sp [sans particularité]. Le traitement chirurgical de la dysplasie, effectué en 1977, a eu un bon effet. Aucune LF [limitation fonctionnelle] n'est à retenir pour les hanches.

**Date du début de l'aptitude à suivre/ à s'investir [dans] une mesure de réadaptation** : dès le 07.03.2018.

### **Pronostic**

La situation n'est pas encore stabilisée concernant le genou G. Il faut s'attendre à une amélioration par les traitements de physiothérapie.

Etant donné la persistance de signes inflammatoires, un traitement à base d'AINS [anti-inflammatoires non stéroïdiens], de type Brufen® 400 mg, 3 cp/j, serait indiqué, notamment au début d'une reprise d'activité professionnelle.

### **CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE**

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE DE CONSEILLÈRE CHEZ J. \_\_\_\_\_ : 0 %  
DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100 %  
DEPUIS LE 07 MARS 2018. »

Il ressort également du rapport du 14 mai 2018 que l'assurée faisait ses courses, préparait les repas, effectuait des tâches administratives, allait chercher son fils en voiture à l'école pour l'amener aux activités extra-scolaires et faisait environ douze mille pas par jour. Il est par ailleurs mentionné qu'elle conduisait sans difficulté pendant une heure et qu'elle ne présentait pas de boiterie dans la marche.

Dans son rapport du 16 novembre 2018, le Dr R. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée ne pouvait pas reprendre son activité d'aide-soignante, dès lors que celle-ci impliquait trop de contraintes au niveau des genoux. Il a estimé qu'elle devrait être réorientée vers une activité type sédentaire à semi-sédentaire de manière à limiter les contraintes sur

son genou. Elle demeurait en incapacité de travail à 100 % pour les six prochains mois.

Le 7 décembre 2018, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assurée, annonçant lui reconnaître le droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> juillet 2017 au 30 juin 2018. Il a indiqué qu'une pleine capacité de travail était raisonnablement exigible dans une activité adaptée dès le 7 mars 2018. Le degré d'invalidité, qui était de 5.58 %, ne donnait pas droit à une rente. Le même jour, l'OAI a informé l'assurée qu'elle remplissait les conditions de l'aide au placement.

Le 6 janvier 2019, l'assurée a fait savoir à l'OAI qu'elle était toujours en arrêt de travail, et ce jusqu'au 18 mai 2019. Le 12 janvier 2019, elle a encore expliqué qu'elle n'avait pas pu reprendre le travail le 7 mars 2018 comme retenu par le Dr B.\_\_\_\_\_, qu'elle était dans l'impossibilité d'exercer à nouveau dans les soins médicaux ou dans la vente et qu'elle demeurait en incapacité de travail jusqu'en mai 2019. Le 22 mars 2019, représentée alors par Fortuna, l'assurée a complété une nouvelle fois ses observations relatives au projet de décision, en se prévalant d'un rapport du Dr R.\_\_\_\_\_ du 21 mars 2019, à teneur duquel elle demeurait en incapacité de travail à 100 % au moins pour les six mois suivant le dernier contrôle du 16 novembre 2018, soit en tout cas jusqu'au 14 juin 2019. Elle a ainsi sollicité la modification de la décision dans ce sens. Etait joint le rapport précité du Dr R.\_\_\_\_\_ à Fortuna, selon lequel la patiente demeurait en incapacité de travail totale jusqu'à ce jour. Le Dr R.\_\_\_\_\_ relevait en outre ce qui suit :

**« 5. L'état de santé de notre assurée a-t-il été aggravé dernièrement ? [...] »**

Il n'y a pas d'aggravation dernièrement de son état de santé ce que j'avais pu attester lors de mon dernier contrôle du 16.11.2018 (copie en annexe). A noter que j'avais stipulé que la patiente resterait en incapacité totale de travail à 100 % au moins pour les 6 prochains mois. J'avais donc indiqué qu'il faudrait réorienter la patiente vers une activité de type sédentaire à semi-sédentaire de manière à limiter ses contraintes sur les genoux et que dans ce cas il serait possible qu'elle puisse reprendre une activité partielle dans un premier temps.

- 6. L'Office de l'assurance-invalidité est d'avis que la capacité de travail de Mme M. \_\_\_\_\_ dans une activité adaptée et moyennant certaines limitations fonctionnelles est pleine et entière dès le 7 mars 2018. Partagez-vous cet avis ? Si tel n'était pas le cas, pouvez-vous nous indiquer jusqu'à quelle date notre assurée a été en incapacité de travailler dans toute activité ?**

Le 07.03.2018 elle était à 3 mois de la réalisation de sa prothèse totale du genou à gauche et environ une année de sa prothèse totale du genou à droite. Je l'avais d'ailleurs vue le 25.02.2018 (cf[...] annexe) et avais mentionné que je prolongeais son arrêt de travail à 100 % pour les 3 prochains mois. A ce moment-là il était clair pour moi que la patiente ne pouvait pas reprendre son activité.

Le 16.11.2018 j'avais prolongé son arrêt de travail à 100 % pour les 6 prochains mois. Un contrôle est prévu à ma consultation le 14.06.2019 pour refaire le point quant à sa situation.

- 7. Quel est votre pronostic ?**

L'évolution est lentement favorable. Compte tenu des longs antécédents de genoux de Mme M. \_\_\_\_\_ je pense qu'elle pourra difficilement reprendre une activité dans la vente ou comme aide-soignante et qu'il faudra qu'elle envisage une reconversion dans une activité adaptée de type sédentaire à semi-sédentaire limitant les genuflexions, les positions prolongées sur les genoux, le port des charges lourdes au-delà de 10 kg, les déplacements dans les escaliers. Si ces mesures sont mise[s] en place on pourrait imaginer que la patiente puisse reprendre à temps partiel dans un premier temps de manière à évaluer sa tolérance. »

Par avis médical du 21 mai 2019, le Dr Z. \_\_\_\_\_ du SMR a relevé que le médecin examinateur du SMR et le Dr R. \_\_\_\_\_ s'accordaient sur le fait que seule une activité professionnelle adaptée était désormais exigible de la part de l'assurée. En revanche, il a observé que le Dr R. \_\_\_\_\_ ne fournissait pas d'argument clinique et/ou paraclinique pour fonder la raison d'une incapacité de travail de 100 % pendant plus de dix-huit mois après la pose d'une prothèse totale du genou, certes sur un genou préalablement opéré, mais sans complication. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ a souligné l'absence d'arguments cliniques et/ou paracliniques qui attesteraient de manière évidente que l'évolution de la pose de la prothèse totale du genou gauche n'était pas favorable. Il a également relevé l'absence d'arguments anamnestiques qui attesteraient que l'assurée aurait dû diminuer significativement ses activités physiques, en raison de l'évolution défavorable au niveau du genou gauche. Il a ainsi estimé qu'il n'y avait pas lieu de modifier les conclusions du Dr B. \_\_\_\_\_.

Se référant à l'avis du Dr Z. \_\_\_\_\_ du SMR du 21 mai 2019, l'OAI a indiqué le 22 mai 2019 à L. \_\_\_\_\_ qu'il confirmait son projet de décision, dès lors que celui-ci reposait sur une instruction complète sur le plan médical et économique et qu'il était conforme en tous points aux dispositions légales.

Par décision du 5 septembre 2019, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2017 au 30 juin 2018.

**B.** Par acte du 4 octobre 2019, M. \_\_\_\_\_ 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 d'invalidité postérieurement au 30 juin 2018, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance, elle fait valoir que le rapport du SMR du 14 mai 2018 sur lequel l'OAI s'est fondé est contestable à plus d'un titre. Elle expose à cet égard que de l'avis de son médecin traitant, le Dr R. \_\_\_\_\_, elle demeure en totale incapacité de travail, un emploi adapté ne pouvant être envisagé qu'à un taux réduit dans un premier temps. Elle conteste en outre la date de reprise d'activité fixée par le Dr B. \_\_\_\_\_, en arguant du fait que le 7 mars 2018, elle était toujours en convalescence à la suite de l'opération qu'elle avait subie en décembre 2017. Elle se réfère à cet égard au rapport du 21 mars 2019 de son médecin traitant, lequel l'avait vue le 25 février 2019 et avait alors prolongé son arrêt de travail. A ses yeux, il est étonnant que le Dr B. \_\_\_\_\_, qui l'a vue en mai 2018, puisse attester qu'elle était capable de travailler en mars 2018, alors que son médecin traitant, qui, lui, l'avait examinée en février 2018, a confirmé que l'arrêt de travail était légitime. Dans un autre moyen, elle plaide qu'en raison de sa situation de santé et de son âge, aucun employeur ne serait disposé à l'engager, estimant qu'elle n'aurait aucune solution pour se réintégrer sur le marché du travail, même s'il fallait envisager une activité adaptée. Avec son écriture, la recourante a annoncé la production d'un rapport du 10 septembre 2019

du Dr R.\_\_\_\_\_. Ce dernier n'était toutefois pas joint à son envoi. Elle a enfin requis à titre de mesure d'instruction la mise en œuvre d'une expertise indépendante.

Dans sa réponse du 15 novembre 2019, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Le 23 mars 2020, un délai a été imparti à la recourante pour produire le rapport du Dr R.\_\_\_\_\_ du 10 septembre 2019. Le 30 mars 2020, cette dernière a produit ledit rapport, dont il ressort que rien n'a évolué depuis son dernier contrôle, l'arrêt de travail étant prolongé jusqu'au 1<sup>er</sup> avril 2020. Le Dr R.\_\_\_\_\_ a précisé que si la patiente devait trouver une activité de type sédentaire à semi-sédentaire adaptée aux limitations fonctionnelles (à savoir évitant le port de charge lourde, les genuflexions, les déplacements dans les escaliers et la position prolongée tant assise que debout), une reprise de l'activité à temps partiel pourrait être envisagée.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

**2.** Est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 30 juin 2018.

**3.** L'invalidité se définit comme 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 art. 4 al. 1 LAI). Constitue une 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 se définit 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 (art. 6 LPGA).

**4. a)** Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). 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 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. 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.

**5.**           **a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a

recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 134 V 231 consid. 5.1).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**6.** En l'espèce, il n'est pas contesté que l'incapacité de travail de la recourante a été totale du 1<sup>er</sup> juillet 2016 au 6 mars 2018, ni qu'elle n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle dans les soins. Quant à son activité pour le compte de J.\_\_\_\_\_, en tant qu'elle comporte le port de charges, notamment de caisses de [...], il est douteux qu'elle demeure adaptée. La recourante soutient cependant qu'elle présente

encore une incapacité totale de travail et qu'un emploi adapté ne pourrait être envisagé dans un premier temps qu'à un taux réduit, se prévalant des rapports établis par le Dr R.\_\_\_\_\_.

L'OAI a retenu, en se fondant en particulier sur le rapport du Dr B.\_\_\_\_\_ du 14 mai 2018 faisant suite à l'examen de la recourante du 2 mai 2018, que la capacité de travail dans une activité adaptée se montait à 100 % depuis le 7 mars 2018. Pour arriver à ce constat, le Dr B.\_\_\_\_\_ a pris connaissance de toutes les pièces au dossier, et en particulier du rapport du Dr R.\_\_\_\_\_ du 26 février 2018. Il a en outre résumé l'anamnèse de la recourante, listé ses plaintes, et procédé à un examen détaillé de l'intéressée. Le Dr B.\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic principal avec effet sur la capacité de travail de gonalgies à prédominance gauche dans le cadre d'un status après la pose d'une prothèse totale du genou droit le 16 mars 2017 et celle d'une prothèse totale du genou gauche le 7 décembre 2017. Sans effet sur la capacité de travail, il a retenu le diagnostic de status post-opération d'une dysplasie des hanches en 1977. Le Dr B.\_\_\_\_\_ a ensuite procédé à l'appréciation du cas. Dans ce cadre, il a noté que, compte tenu de l'évolution défavorable de l'arthrose des genoux, il y avait lieu de s'aligner sur l'avis du Dr G.\_\_\_\_\_, qui attestait une incapacité de travail totale dans l'activité exercée auprès de J.\_\_\_\_\_ à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2016. Il a également constaté que la mise en place d'une prothèse totale du genou droit en mars 2017 et du genou gauche en décembre 2017 impliquait une prolongation de l'incapacité de travail dans toute activité et que l'évolution post-opératoire était lentement favorable. Le Dr B.\_\_\_\_\_ a en outre pris le soin d'exposer que quand bien même il persistait, selon le rapport du Dr R.\_\_\_\_\_ du 26 février 2018, une légère inflammation du genou gauche et une diminution de la mobilité, principalement en extension, le médecin opérateur ne faisait état d'aucune complication post-opératoire et des progrès étaient encore attendus. Ainsi, le Dr B.\_\_\_\_\_ a estimé qu'à trois mois de l'intervention chirurgicale du genou gauche, une activité sédentaire, se déroulant essentiellement en position assise, avec possibilité de se lever par intermittence, sans long déplacement ni montée et descente fréquentes d'escaliers, et sans activité en zones basses ou

port de charges au-delà de 10 kg, était exigible. Par conséquent, ce n'est pas sans raison que le Dr B. \_\_\_\_\_ a fixé le début de la capacité de travail dans une activité adaptée au 7 mars 2018, mais bien en se fondant sur les observations du Dr R. \_\_\_\_\_ du 26 février 2018. En outre, le Dr B. \_\_\_\_\_ a bien relevé, dans son rapport du 14 mai 2018, que la situation n'était alors pas encore stabilisée concernant le genou gauche. Toutefois, la reprise d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (à savoir : sans port de charges de plus de 10 kg, sans activités en zones basses à genoux ou accroupie, sans marche au-delà d'une heure et quinze minutes, ni position assise au-delà d'une heure, ni position debout sans déplacement au-delà de trente minutes, ni montée et descente répétitive d'escaliers) était exigible. Les rapports du Dr R. \_\_\_\_\_ ne viennent pas contredire cette appréciation. Certes, le Dr R. \_\_\_\_\_ est un spécialiste ; il n'en demeure pas moins en l'occurrence le médecin traitant de l'assurée, et en cette qualité, enclin à prendre parti pour sa patiente (cf. consid. 5b *in fine*). Quoi qu'il en soit, il ressort des rapports du Dr R. \_\_\_\_\_ des 16 janvier 2018 et 21 mars 2019, ainsi que de celui du 10 septembre 2019, produit le 30 mars 2020, que les limitations fonctionnelles qu'il a énumérées sont largement superposables à celles mises en évidence par le Dr B. \_\_\_\_\_. En effet, le Dr R. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'une reprise de l'activité à temps partiel était envisageable pour autant qu'il s'agisse d'une activité de type sédentaire à semi-sédentaire évitant le port de charge lourde, les genuflexions, les déplacements dans les escaliers, ainsi qu'une position prolongée tant assise que debout. Les éléments recueillis par le Dr B. \_\_\_\_\_ dans le cadre de son examen permettent en outre de constater que la recourante marche douze mille pas par jour, qu'elle se rend au fitness trois fois par semaine, qu'elle promène son chien entre quarante-cinq minutes et une heure et quinze minutes, et qu'elle est active à son domicile, notamment dans la préparation des repas, les courses, l'administratif, ainsi que dans les activités extra-scolaires de son fils adolescent, qu'elle véhicule. Elle a du reste indiqué conduire sans difficulté sa voiture durant une heure. Lors de son examen, le Dr B. \_\_\_\_\_ n'a au demeurant pas relevé de boiterie dans la marche. Dans ces conditions, il n'y a pas d'argument permettant de douter qu'elle dispose d'une capacité de travail entière dans une activité

adaptée aux limitations fonctionnelles, telles que définies par le Dr B.\_\_\_\_\_ dans son rapport d'examen du 14 mai 2018.

Les conclusions du Dr B.\_\_\_\_\_ sont claires, bien étayées et dénuées de contradiction. Ce médecin a pris en compte les différents avis au dossier, et exposé de façon détaillée les raisons le conduisant à retenir une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée. Son rapport remplit ainsi les réquisits jurisprudentiels devant conduire à lui reconnaître une pleine valeur probante.

On rappellera par ailleurs que le Dr Z.\_\_\_\_\_ du SMR a constaté, dans son avis médical du 21 mai 2019, qu'il n'y avait pas d'arguments cliniques et/ou paracliniques qui attesteraient de manière évidente que l'évolution de la prothèse totale du genou gauche n'est pas favorable. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ a également relevé l'absence d'arguments anamnestiques qui attesteraient que l'assurée aurait dû diminuer significativement ses activités physiques, en raison de l'évolution défavorable au niveau du genou gauche. Il a ainsi conclu qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions de l'examen clinique réalisé au SMR le 2 mai 2018. Finalement, dans son rapport du 10 septembre 2019, le Dr R.\_\_\_\_\_ reprend pour l'essentiel les éléments qu'il a mentionnés dans son rapport du 21 mars 2019.

En définitive, l'OAI était fondé à retenir que l'assurée avait recouvré une capacité de travail entière dans une activité adaptée à compter du 7 mars 2018.

**7.** Dans un autre moyen, la recourante soutient que, compte tenu de son âge et de son état de santé, aucun employeur ne serait disposé à l'engager, estimant qu'elle n'aurait pas de solution pour se réintégrer sur le marché du travail, même s'il fallait envisager une activité adaptée.

**a)** Selon la jurisprudence, l'âge de la personne assurée constitue de manière générale un facteur étranger à l'invalidité qui n'entre pas en considération pour l'octroi de prestations. S'il est vrai que ce

facteur - comme celui du manque de formation ou les difficultés linguistiques - joue un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, il ne constitue pas, en règle générale, une circonstance supplémentaire qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, est susceptible d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'il rend parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246).

La jurisprudence a toutefois reconnu que 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 (ou était) 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 (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C\_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1).

Le Tribunal fédéral a considéré que le moment auquel la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite doit être examinée correspondait à celui où l'on constatait que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettaient d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 et 3.4). Le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si la Haute Cour n'a pas fixé d'âge limite

jusqu'à présent (ATF 138 V 457 ; TF 9C\_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.2 et réf. citées ; 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

**b)** En l'occurrence, le moment déterminant s'avère être celui du rapport médical établi à la suite de l'examen clinique rhumatologique auprès du SMR. Celui-ci date du 14 mai 2018 et l'assurée avait alors 56 ans. Son âge n'était donc pas avancé au sens fixé par la jurisprudence précitée. Elle ne peut dès lors tirer aucun bénéfice de cette dernière.

Enfin, 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 à la recourante et accessibles sans formation particulière (TF 9C\_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.3).

Le moyen est donc mal fondé.

**8.** La recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire indépendante. L'instruction du dossier permet cependant de statuer en toute connaissance de cause, de sorte qu'on ne voit pas, dans ce contexte, ce qu'une nouvelle évaluation pourrait apporter de plus, si ce n'est une appréciation médicale supplémentaire. En effet, l'autorité peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne peuvent plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1; 130 II 425 consid. 2.1).

**9.** Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

**a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de la recourante, qui succombe.

**b)** La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, et qui n'est pas représentée par un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 5 septembre 2019 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 mis à la charge de la recourante.
- IV.** 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 :

- M. \_\_\_\_\_,
- 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 :