

## VD\_GERICHTE ZD11.032794 vom 4. Februar 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-02-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD11.032794](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD11.032794)

FR: VD\_GERICHTE ZD11.032794 du 4 février 2013

IT: VD\_GERICHTE ZD11.032794 del 4 febbraio 2013

### Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 232/11 - 19/2013 ZD11.032794 CO UR DE S  
ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 février 2013 \_\_\_\_\_ Présidence de Mme THALMANN Juges :  
MM. Berthoud et Perdrix, assesseurs Greffière : Mme Mestre Carvalho \*\*\*\*\* Cause  
pendante entre : Q. \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc,  
avocat à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON  
DE VAUD, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 7 et 8 LPGA; art. 4 et 28 LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. Q. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1956, sans formation  
professionnelle, travaillait depuis le 1er janvier 2005 en qualité d'employée de maison pour  
les époux X. \_\_\_\_\_, lorsque, le 19 août 2008, elle a chuté d'une hauteur d'environ 3 m  
dans l'exercice de son travail et s'est réceptionnée sur le dos. A la suite de cet événement,  
l'assurée a présenté une plaie à la jambe gauche suturée le jour même. Elle a également  
développé diverses contusions et s'est plainte de douleurs costales. Au début du mois de  
septembre 2008, elle a consulté le Dr L. \_\_\_\_\_, son médecin généraliste traitant, en  
raison de troubles lombaires. Ce dernier a attesté une incapacité de travail de 100% dès le 9  
septembre 2008, puis de 50% dès le 24 novembre 2008. Dans ce contexte, un CT-scan  
lombaire a été réalisé le 9 septembre 2008 par le Dr R. \_\_\_\_\_, radiologue, mettant en  
évidence une discopathie L5-S1 avec une importante hernie médiane et paramédiane,  
susceptible d'entrer en conflit avec l'émergence de la racine S1 à droite, ainsi qu'un  
rétrécissement canalaire à ce niveau. Le cas a été annoncé à l'assureur-accidents  
V. \_\_\_\_\_ Assurances, lequel, par décision du 27 février 2009 confirmée sur opposition  
le 1er février 2010, a refusé d'octroyer des prestations d'assurance au-delà du 5 septembre  
2008, considérant en particulier que les troubles lombosciatiques dont l'assurée se  
plaignait depuis début septembre 2008 n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident  
du 19 août 2008. Cette dernière décision est entrée en force. Une demande de révision  
déposée le 26 octobre 2011 a été rejetée le 14 février 2012. B. Entre-temps, soit le 8 janvier  
2009, l'assureur-accidents a transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de  
Vaud (ci- après : l'OAI) un formulaire de détection précoce concernant l'assurée, faisant état  
d'une insensibilité du côté droit. Le 25 mars 2009, sur invitation de l'OAI, l'intéressée a  
déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en raison d'une hernie  
discale existant depuis l'accident du 18 [recte : 19] août 2008.

- 3 - Selon le questionnaire pour l'employeur rempli le 22 avril 2009 par les époux  
X. \_\_\_\_\_, il était indiqué que l'assurée avait été licenciée pour le 28 février 2009 et que  
son salaire annuel en 2008 s'était élevé à 48'680 fr., montant qui correspondait également à  
ce qu'elle réaliserait sans son atteinte à la santé au jour de la signature du questionnaire. Aux  
termes d'un formulaire 531bis complété le 27 avril 2009, l'intéressée a précisé que bien  
portante, elle aurait travaillé à 100% depuis l'âge de 18 ans en qualité d'employée de maison

ou dans la restauration. Dans un rapport du 5 mai 2009, le Dr L. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de lombalgies chroniques depuis juillet 2008 et de hernie discale L5-S1 paramédiane droite avec syndrome radiculaire S1 droit hyperlagique et dysesthésique + déficit réflexe au moins depuis le 9 septembre 2008. A titre d'atteintes sans impact sur la capacité de travail, il a évoqué un diabète et une obésité cortico-induits depuis janvier 2009, ainsi qu'un trouble de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive (F43.2) depuis novembre 2008. En particulier, ce médecin a exposé que depuis le 9 septembre 2008, des sciatalgies S1 droites étaient brusquement apparues en complication d'un tableau préexistant de lombosciatalgies L3 du côté gauche qui progressait positivement depuis fin juillet 2008, et que l'évolution avait été lentement favorable sous traitement conservateur jusqu'au 9 janvier 2009, date à laquelle un faux mouvement avait provoqué une violente exacerbation des symptômes, ce qui avait abouti à une hospitalisation à la fin du mois de janvier 2009, puis à une intervention chirurgicale le 23 février 2009. Le Dr L. \_\_\_\_\_ a par ailleurs émis un pronostic réservé, eu égard à l'évolution au cours des derniers mois ainsi qu'au contexte psycho-social de l'assurée. Il a ajouté que depuis le 9 septembre 2008, cette dernière présentait une entière incapacité de travail dans son ancienne activité, laquelle n'était plus exigible. Sur le plan des restrictions, il a précisé que l'intéressée éprouvait de la difficulté à se déplacer sur longues distances et à se tenir dans la même posture plus de 15 à 20 minutes, qu'elle avait besoin d'aide ou d'appui pour les escaliers,

- 4 - et que le port de charge était fortement limité, la flexion du tronc déclenchant rapidement des douleurs dans tous les axes. Parmi les divers documents joints à ce rapport, figuraient notamment les pièces suivantes : - un compte-rendu du Département de médecine interne de l'Hôpital N. \_\_\_\_\_, site [...], exposant que l'assurée avait été hospitalisée dans cet établissement du 20 au 28 janvier 2009 pour une lombosciatalgie droite, posant le diagnostic de hernie discale L5-S1 médiane non déficitaire, et précisant notamment que le status d'entrée avait été réalisé avec difficulté en raison d'une patiente très démonstrative; - un rapport radiologique du 2 février 2009, consécutif à une imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire du 30 janvier 2009, et dans lequel le Dr T. \_\_\_\_\_, radiologue, concluait à une volumineuse hernie discale L5-S1 de localisation paramédiane droite associée à une discrète arthrose postérieure, sans hypertrophie des ligaments jaunes, ainsi qu'à une discrète discopathie dégénérative L4-L5; - un écrit adressé le 3 février 2009 au Dr L. \_\_\_\_\_ par le Dr W. \_\_\_\_\_, neurochirurgien, relevant en particulier que l'assurée souffrait de lombosciatalgies droites, que le traitement conservateur n'avait pas amené de nette amélioration, qu'un syndrome de la queue de cheval partiel paraissait crédible, et que dans la mesure où les douleurs n'étaient pas contrôlées, une opération semblait inéluctable; - un protocole opératoire établi par le Dr W. \_\_\_\_\_ concernant une hémilaminectomie L5-S1 droite et discectomie pour cure de hernie discale avec stabilisation dynamique par implant PDN solo pratiquée le 23 février 2009, et précisant, sous la rubrique «Indication opératoire» : «Atteinte S1 droite. L'imagerie démontre une hernie discale L5-S1 paramédiane droite avec un volumineux fragment luxé»; - un rapport du 25 mars 2009 de la Clinique de réadaptation U. \_\_\_\_\_, où l'assurée avait bénéficié du 25 février au 11 mars 2009

- 5 - d'une physiothérapie de reconditionnement et d'une rééducation à la marche suite à son opération. Par communication du 6 juillet 2009, l'OAI a informé l'assurée de la prise en charge d'une mesure d'intervention précoce sous la forme d'une orientation professionnelle

auprès du Centre V.\_\_\_\_\_ (ci-après : le Centre V.\_\_\_\_\_), pour la période allant du 22 juin au 28 août 2009. Dans un rapport de synthèse du 25 août 2009, ce centre a notamment observé que l'assurée avait des difficultés pour se baisser, qu'elle devait avoir la possibilité de changer de position, éviter le port de charges et ménager au maximum son dos, que la position assise sur une longue durée était problématique, que la situation n'était pas stabilisée et qu'il faudrait attendre encore quelque temps («environ un an?») pour être au claire sur les limitations fonctionnelles. Il était par ailleurs fait mention de pistes professionnelles dans le domaine du transport («[c]hauffeur d'entreprise, transport d'enfants, de petites marchandises»), en tant que surveillante d'écoliers lors de repas, ou encore comme gouvernante, dame de compagnie ou aide dans un foyer de jeunes. Dans un rapport du 9 septembre 2009, le Dr L.\_\_\_\_\_ a en substance rappelé les diagnostics retenus dans son précédent compte- rendu (se référant toutefois désormais à une hernie discale L5-S1 paramédiane droite avec syndrome radiculaire S1 droit résiduel paresthésique-dysesthésique). Il a en outre relevé que depuis le mois de mai 2009, l'évolution avait été lentement favorable tant sur le plan physique que psychique. S'agissant des restrictions présentées par l'assurée, il a indiqué que celle-ci rencontrait de la difficulté à se déplacer sur de longues distances et à se tenir dans la même posture plus de 30 à 40 minutes, que le port de charges était exclu, que l'extension du genou droit était problématique et que la mobilisation en bloc du rachis lombaire entravait considérablement les activités nécessitant une bonne mobilité dans tous les axes. Il a observé que l'intéressée avait peu de chances de recouvrer une capacité de travail complète dans le type d'activité effectué jusqu'alors, mais qu'une reconversion professionnelle paraissait en revanche envisageable en vue d'une activité adaptée exercée à temps

- 6 - partiel. A ce propos, il a précisé que sous réserve du respect de ses limitations, l'assurée disposait d'une capacité de travail de probablement 40 à 50% dans une activité adaptée, et ce depuis début septembre 2009. Par communication du 28 septembre 2009, l'OAI a informé l'assurée que selon ses investigations, aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement en raison de l'état de santé de l'intéressée. Cela étant, l'office a indiqué que l'étude du droit à une éventuelle rente AI était en cours, mais que cette procédure pourrait être interrompue au profit d'un réexamen de la question des mesures d'ordre professionnel, dans l'hypothèse où l'évolution de l'état de santé de l'assurée permettrait de la considérer comme réadaptable. A teneur d'un rapport du 4 janvier 2010, le Dr L.\_\_\_\_\_ a repris les diagnostics retenus précédemment (tout en précisant que la hernie discale L5-S1 paramédiane droite avec syndrome S1 droit hyperalgique et dysesthésique + déficit réflexe avait atteint un «stade probablement séquellaire»). Il a précisé que depuis son rapport de septembre 2009, les plaintes de l'assurée restaient centrées sur des douleurs paresthésiques fulgurantes déclenchées par le contact direct sur le talon ou la face postérieure de la cuisse droits, ainsi que par certains mouvements d'extension du genou droit. Il a ajouté que le moral était fluctuant, mais globalement un peu meilleur que les mois antérieurs. Au vu de l'évolution au cours des derniers mois ainsi que du contexte psycho- social de l'intéressée, il a estimé que le pronostic était réservé avec un passage progressif vers la chronicité d'une situation séquellaire. Sur le plan des restrictions, il a observé que l'assurée avait de la difficulté à se déplacer sur de longues distances et à se tenir dans la même posture plus de 30 minutes, que le port de charge était fortement limité, que la flexion du tronc déclenchait rapidement des douleurs dans tous les axes, que la position accroupie était impossible, et que le contact du talon avec le sol ou d'autre objets déclenchait des douleurs fulgurantes. Dans ces circonstances, il a considéré que l'ancienne

activité demeurerait inexigible et que l'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité

- 7 - professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail, à court ou moyen terme. Dans un rapport d'examen radiologique de la colonne lombaire de l'assurée (face, profil et debout) du 5 mai 2010 adressé au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), la Dresse A. \_\_\_\_\_, radiologue, a fait état de ce qui suit : "Description : Attitude scoliotique sinistro-convexe. Absence de listhésis. La lordose est physiologique. Discrète spondylose antérieure en L3 et L4. Pas de signe d'arthrose inter-apophysaire. Sur le cliché de face, on observe des séquelles de laminectomie L5 droite (lame neurale droite plus fine que du côté gauche). Sur les clichés de profil, on observe également une perte de substance de la face antérieure de la lame neurale droite compatible avec le status postopératoire. Sinon les deux lames neurales présentent un aspect un peu plus condensant que les lames neurales sus-jacentes, cette ostéocondensation étant compatible avec une sollicitation mécanique augmentée. Spondylose antérieure dorsale basse. Pas de lésion ostéolytique, no ostéocondensante. Pincement distal L5-S1 avec matériel radiodense linéaire en surprojection de l'espace discal. Si l'on compare cet espace discal aux précédents clichés du 6 septembre 2008, la hauteur discale a nettement diminué : lésion du matériel PDN implant solo ? Pour pouvoir l'affirmer avec fiabilité, il conviendrait de comparer les clichés d'aujourd'hui aux premiers clichés postopératoires, dont je ne dispose pas, mais pour lesquels je reste à votre disposition pour interprétation." Par écrit du 4 juin 2010, la Dresse A. \_\_\_\_\_ a précisé que sur la base des clichés scopiques externes de mars 2009 et mai 2009, il lui semblait que l'on observait déjà un pincement distal, mais qu'entre les clichés scopiques de mai 2009, février 2010 et mai 2010, l'espace intersomatique L5-S1 restait stationnaire. Cela étant, elle a conclu à une péjoration du status se situant entre mars 2009 et mai 2009. Elle a toutefois souligné que l'interprétation des clichés externes en question – qu'elle n'avait pas réalisés – prêtait quelque peu à confusion et que par ailleurs, la qualité de ces clichés scopiques était nettement sous-optimale pour que l'on puisse être tout à fait sûr d'une interprétation.

- 8 - Le 3 mai 2010, l'assurée a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique réalisé par le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, du SMR. Ce dernier a notamment indiqué ce qui suit dans son rapport du 9 juin 2010 : "DIAGNOSTICS - avec répercussion durable sur la capacité de travail • LOMBOSCIATALGIES D DANS LE CADRE DE TROUBLES STATIQUES ET DÉGÉNÉRATIFS MODÉRÉS DU RACHIS AVEC STATUS APRÈS HÉMILAMINECTOMIE L5-S1 D ET DISCECTOMIE POUR CURE DE HERNIE DISCALE L5-S1 AINSI QU'AVEC STABILISATION DYNAMIQUE AVEC IMPLANT PDN SOLO. M 54.2. - sans répercussion sur la capacité de travail • OBÉSITÉ. APPRÉCIATION DU CAS L'assurée se plaint actuellement de lombalgies en barre avec fourmillements partant de la fesse D et prenant toute la face postérieure du MID jusqu'au 2ème orteil D. L'assurée aurait, par ailleurs, la sensation d'avoir une boule à la face postérieure de la cuisse D et des douleurs sous forme « de noeuds » à la face postérieure du mollet D. Les orteils seraient crispés [l']un sur l'autre pendant la nuit. Elle présenterait également des crampes de la face postérieure du genou D et de la jambe D. Elle n'arriverait par ailleurs pas à poser son talon D sur le sol en raison de violentes douleurs de ce dernier. L'assurée ne se plaint, par ailleurs, pas de cervico-dorsalgies. Elle se plaint, par contre, depuis décembre 2009 de céphalées en casque à caractère continu. Les lombosciatalgies D ont un caractère essentiellement mécanique. Elles s'accompagnent cependant de réveils nocturnes qui obligent l'assurée à prendre du

Rivotril®. L'assurée signale un dérouillage matinal de seulement 5 minutes. Au status, on note une assurée très démonstrative et revendicatrice m'accusant d'avoir accentué ses douleurs. On peut remarquer d'ailleurs à cet égard que l'assurée est également revendicatrice envers son médecin traitant, le Dr L. \_\_\_\_\_, qui, selon elle, ne l'aurait pas traitée de manière adéquate. Elle se montre également très virulente contre son ancien employeur. Pendant l'entretien, elle prend bizarrement des poses inconfortables pour le rachis. En position debout, elle se met simplement sur son pied G et prend une position horizontale du corps et de la jambe D pour enlever ses habits. Par ailleurs, elle marche en évitant de poser le talon D. Au status ostéoarticulaire, on note de discrets troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire est diminuée, mais on note 4 signes de non organicité selon Waddel sous forme d'une discordance entre la distance doigts-sol et doigts-orteils sur le lit d'examen, d'une importante démonstrativité, de fourmillements lombaires G à la

- 9 - pression axiale céphalique et de troubles sensitifs mal systématisés de l'hémicorps D avec une hypoesthésie du MSD et une hyperesthésie de tout le MID. La mobilité cervicale est bien conservée, mis à part la flexion cervicale qui est discrètement limitée et qui entraînerait des lombalgies. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée, il n'y a pas de signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique. Le status neurologique met en évidence, mis à part les troubles sensitifs susmentionnés de l'hémicorps D, une hyporéflexie rotulienne bilatérale symétrique, une aréflexie achilléenne D et une diminution de force des mouvements du pied D, probablement d'origine antalgique, l'assurée ne se montrant cependant pas très collaborante au testing musculaire du pied D. Les examens radiologiques préopératoires mettent en évidence des troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis avec une hernie discale L5-S1 D. La radiographie lombaire du 5.5.2010 met en évidence un pincement discal L5-S1 avec matériel linéaire en surprojection de l'espace discal. Si l'on compare cet espace discal aux précédents clichés du 6 septembre 2008 et aux clichés scopiques de mars 2009, la hauteur discale a diminué, ce qui pourrait laisser suspecter une lésion du matériel PDN implant solo. Par contre, il y a une stabilité de l'espace intersomatique L5-S1 entre les clichés scopiques de mai 2009, février 2010 et mai 2010, ce qui est plutôt rassurant. Ainsi, la péjoration du status se situerait entre mars 2009 et mai 2009. A noter cependant que la qualité des clichés scopiques est nettement sous-optimale pour être tout à fait sûr d'une interprétation, selon les rapports du Dr A. \_\_\_\_\_ du 5.5.2010 et du 4 juin 2010. Dans cette situation, nous laissons le soin au Dr W. \_\_\_\_\_ de décider de la nécessité d'examens radiologiques complémentaires[.] Dans ce contexte clinique, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles qui ne sont pas respectées dans l'activité d'employée de maison polyvalente. Ainsi, dans cette activité, la capacité de travail est nulle. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est complète. Nous nous écartons ainsi de l'évaluation faite par le Dr L. \_\_\_\_\_, médecin traitant qui atteste une incapacité de travail complète dans toute activité professionnelle, sans cependant en donner les raisons. Effectivement, il n'y a aucune raison biomécanique à attester une incapacité de travail dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire. Par ailleurs, la stabilité de l'espace intersomatique entre mai 2009 et mai 2010 est plutôt rassurante. Cette différence d'appréciation avec le Dr L. \_\_\_\_\_ s'explique probablement par la présence de l'importante démonstrativité de l'assurée qui a déjà été relevée dans la lettre de sortie du département de médecine interne de l'Hôpital N. \_\_\_\_\_ du 29.01.2009. Limitations

fonctionnelles Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2 fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges

- 10 - d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges de plus de 10 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations. Pas de position debout de plus de 20 minutes, pas de marche supérieure à 20 minutes. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? Il y a une incapacité de travail complète dans l'activité habituelle d'employée de maison polyvalente depuis le 09.09.2008. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? L'incapacité de travail est restée complète et stationnaire depuis le 9.09.2008 dans l'activité d'employée de maison polyvalente. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est complète depuis le 23.08.2009, soit 6 mois après l'intervention chirurgicale lombaire. CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 0% DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100% DEPUIS LE : 23.08.2009, À TRADUIRE EN TERMES DE MÉTIER PAR UN SPÉCIALISTE EN RÉADAPTATION." Par rapport SMR du 30 juin 2010 se référant essentiellement à l'examen rhumatologique précité, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a retenu les atteintes principales à la santé de lombosciatalgies droites sur trouble statiques et dégénératifs modérés et status après hémilaminectomie L5-S1 et discectomie pour cure de hernie discale L5-S1 avec stabilisation dynamique avec implant PDN solo. Il a retenu que l'assurée n'était plus à même d'exercer son activité habituelle, mais que, depuis le 23 août 2009, elle disposait d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par le Dr S. \_\_\_\_\_, à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation. Le 26 juillet 2010, l'OAI a établi le détail du calcul du salaire exigible. Il en est notamment ressorti que le revenu sans invalidité s'élevait à 49'702 fr., sur la base du salaire de 48'680 fr. signalé pour 2008 selon le rapport de l'employeur du 22 avril 2009, après indexation à 2009. En date du 11 octobre 2010, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité. En

- 11 - substance, l'office a relevé que l'intéressée présentait depuis le 9 septembre 2008 une incapacité de travail et de gain totale dans son activité habituelle, mais qu'elle disposait en revanche d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telle qu'une activité industrielle légère. Cela étant, l'OAI a procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assurée. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'116 fr. en 2008 selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de 2008 (dans une activité simple et répétitive dans le secteur privé [production et services]), et compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2008 (41,6 heures), de l'adaptation à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2009 (+ 2,10%), et d'un abattement de 15%, l'OAI a estimé que l'assurée était en mesure de réaliser un revenu annuel avec invalidité de 44'579 fr. 44. Un tel revenu, comparé à un gain de valide de 49'702 fr., mettait en évidence une perte de gain de 5'122 fr. 55 équivalant à un degré d'invalidité de 10.30%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente AI. Toujours le 11 octobre 2010, l'office précité a reconnu à l'intéressée un droit au placement sous forme d'une orientation professionnelle et d'un soutien dans ses recherches d'emploi. Par écrit du 28 octobre 2010, l'intéressée a fait savoir à l'OAI qu'elle contestait le projet de refus de rente susmentionné. Dans un courrier du 16 février 2011 à l'attention de l'OAI, le Dr K. \_\_\_\_\_, nouveau médecin généraliste traitant de l'assurée, a relevé que cette dernière avait été adressée au Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel l'avait renvoyée à

la consultation du Prof. M. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie. A cet écrit étaient annexés les comptes-rendus suivants : - un rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 27 octobre 2010, relevant ce qui suit : "[...] Madame Q. \_\_\_\_\_ garde une symptomatologie particulièrement invalidante. Ses symptômes sont décrits comme

- 12 - des douleurs brûlantes dans tout le membre inférieur droit, spécialement sur le versant latéral externe de la hanche ainsi qu'au niveau du talon et du pied, qui surviennent et qui s'aggravent au moindre mouvement et surtout lors de l'effleurement de la peau de la jambe. La symptomatologie est nettement plus importante au niveau de la jambe que dans le bas du dos. Elle est présente aussi bien le jour que la nuit, aggravée par l'activité physique, la station debout, la station assise étant possible pendant 5 à 10 mn seulement. En position couchée, surtout sur le côté droit, les douleurs semblent légèrement apaisées. [...] [...]

Evaluation du cas : La symptomatologie douloureuse de la patiente est tout d'abord extrêmement manifeste, probablement très invalidante pour elle, et, à mes yeux, difficile à expliquer. Il pourrait tout d'abord s'agir d'une patiente ayant été confrontée en janvier 2009 à une énorme hernie discale, peut-être accompagnée d'un syndrome de la queue de cheval [...]. Cette situation, malgré l'intervention chirurgicale effectuée par le Dr W. \_\_\_\_\_, aurait pu laisser des conséquences neurologiques et des lésions radiculaires expliquant la symptomatologie actuelle de la patiente qui se plaint essentiellement d'une symptomatologie au niveau du membre inférieur droit (douleur plutôt de type neuropathique), moindre dans la légion lombaire. La discopathie dégénérative L4-L5, ainsi que la présence d'une prothèse intradiscale L5-S1 que l'on sait être souvent douloureuse, pourrait expliquer les lombalgies persistantes mais peut-être pas les plaintes dans le membre inférieur. Afin d'avoir une meilleure évaluation de la situation, je me dois de demander de l'aide auprès des spécialistes en antalgie comme, par exemple, le Prof[.]M. \_\_\_\_\_ [...]."

- un constat du Prof. M. \_\_\_\_\_ du 17 janvier 2011, libellé comme suit : "A l'examen clinique, on observe un status neurologique pathologique. Il existe une allodynie dans la région distale du territoire S1, une perte du réflexe achilléen à droite et une diminution nette de la force accompagnée d'une incapacité de marcher sur les talons. On ne voit ni déplacement segmentaire au niveau du segment opéré, ni instabilité. Après [la] première visite [de l'assurée], j'ai demandé une nouvelle IRM ainsi que des examens neuro-physiologiques. L'IRM démontre que l'implant discal est bien en place. Il y a des tissus cicatriciels visibles et il n'y a pas d'autres facteurs radiologiquement visibles expliquant sa radiculopathie. Un EMG démontre des signes compatibles avec une atteinte de la racine S1 à droite, ce qui confirme mes doutes. La patiente a ensuite reçu une perfusion de Lidocaïne par voie intraveineuse, test hautement spécifique pour des douleurs neuropathiques centrales et/ou périphériques. Pendant la perfusion,

- 13 - toutes les douleurs (dos + membre inférieur droit) ont disparu. Il est à noter qu'on a observé un effet prolongé des douleurs ayant été absentes encore pendant 1h30 après la fin de la perfusion. Cela a une valeur pronostique positive en vue d'une stimulation médullaire éventuelle. J'ai revu la patiente le 17.01.2011 pour une discussion sur la stimulation médullaire. Des informations détaillées lui ont été données et la patiente a donné son accord pour une stimulation test qui aura lieu le 18.02.2011." Par avis médical SMR du 3 mars 2011, les Drs I. \_\_\_\_\_ et Y. \_\_\_\_\_ ont observé que le Dr F. \_\_\_\_\_ et le Prof. M. \_\_\_\_\_ ne mentionnaient pas d'aggravation de l'état de santé depuis l'examen rhumatologique du 3 mai 2010, et qu'ils n'avaient été consultés que dans une optique thérapeutique concernant la mise en place d'un stimulateur médullaire, mesure qui, le cas

échéant, pourrait entraîner une diminution des limitations fonctionnelles. Cela étant, les médecins du SMR ont considéré qu'il n'y avait pas lieu de modifier leur position. Dans un écrit du 13 avril 2011 adressé à l'OAI, le Prof. M. \_\_\_\_\_ a relevé que l'assurée souffrait d'une radiculopathie touchant essentiellement la racine S1 à droite, que le pronostic d'une récupération était à considérer comme inexistant, que le traitement mis en route – soit une stimulation médullaire – devrait être suivi à vie, et que les séquelles de la hernie discale de l'intéressée étaient à considérer comme un empêchement à l'exercice d'un travail normal. Annexé à cet écrit figurait en particulier un compte-rendu de ce médecin également daté du 13 avril 2011 et destiné au Dr F. \_\_\_\_\_, indiquant qu'il avait été procédé à un test de stimulation médullaire suite à des tests pharmacologiques préliminaires qui avaient démontré qu'une partie importante des douleurs provenait de la lésion radiculaire S1 à droite, que l'intéressée avait tout d'abord bénéficié d'un stimulateur externe dès le 11 mars 2011, que cet appareillage avait apporté une analgésie dépassant largement 50% mais dépendant très fortement de la position de l'assurée, qu'un stimulateur de type Itrel III avait été implanté le 1er avril 2011, et que l'efficacité observée pendant les trois semaines de test persistait.

- 14 - Par décision du 4 août 2011, l'OAI a refusé d'octroyer une rente d'invalidité à l'intéressée, pour les motifs exposés dans son projet du 11 octobre 2010. Dans une lettre d'accompagnement du même jour, cet office a exposé que l'examen clinique rhumatologique effectué au SMR le 3 mai 2010 devait se voir reconnaître pleine valeur probante et n'était pas remis en doute par les rapports ultérieurs des Drs K. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ et du Prof. M. \_\_\_\_\_. Cela étant, l'OAI a maintenu que l'assurée devait être considérée comme disposant d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée, soulignant pour le surplus que l'intéressée n'avait émis aucune critique s'agissant du calcul de son préjudice économique. C. Agissant par l'entremise de son mandataire, l'assurée a recouru le 2 septembre 2011 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente AI entière, et sollicitant le bénéfice de l'assistance judiciaire. A titre de mesures d'instruction, elle demande sa propre audition ainsi que l'audition de témoins et requiert une expertise médicale. Sur le fond, elle fait valoir qu'elle est totalement incapable d'occuper un emploi compte tenu de l'importance algique et des ses graves atteintes à la santé. Par mémoire complémentaire du 31 octobre 2011, la recourante allègue en substance qu'en dépit du rapport de synthèse du Centre V. \_\_\_\_\_ du 25 août 2009 faisant état d'une situation encore instable et préconisant d'attendre environ un an pour déterminer les limitations fonctionnelles, le SMR a procédé à une évaluation finale à peine 8 mois plus tard, en mai 2010, et fixé le début de l'aptitude à la réadaptation au 23 août 2009. Elle ajoute que le Dr L. \_\_\_\_\_ a dûment exposé les raisons pour lesquelles il y avait lieu de retenir une capacité de travail de 40 à 50% dans une activité adaptée, mais que le SMR a malgré tout écarté l'avis de ce praticien pour se fonder sur une capacité de travail complète dans une activité adaptée – à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation – et pour conclure à diverses limitations

- 15 - fonctionnelles, sans fournir de motivation. Elle relève en outre que les rapports médicaux au dossier mentionnent des limitations fonctionnelles contradictoires; à cet égard, elle observe que le SMR a considéré la station assise comme possible durant 30 minutes en mai 2010, alors même que le Dr L. \_\_\_\_\_ a estimé en septembre 2009 que cette position ne pouvait être tenue que durant quelques minutes, et que le Dr F. \_\_\_\_\_ s'est référé en

octobre 2010 à une station assise supportable durant 5 à 10 minutes. La recourante estime de surcroît que dans la mesure où elle a bénéficié de l'implantation d'un stimulateur de type Irel III le 1er avril 2011, il s'ensuit que son cas n'était pas stabilisé au 25 [recte : 23] août 2009, date néanmoins retenue par l'OAI comme marquant le début de la pleine exigibilité d'une activité adaptée. Elle relève enfin que l'intimé n'a procédé à aucune investigation de la problématique psychique pourtant clairement relevée par le SMR, le Dr L. \_\_\_\_\_ ayant du reste également mentionné la présence de plaintes subjectives très importantes. Cela étant, la recourante requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire portant sur les plans somatique et psychiatrique, et sollicite également une expertise professionnelle au Centre [...]. A l'appui de ses dires, elle produit notamment les documents suivants : - un rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 6 octobre 2011, par lequel ce dernier mentionne en particulier n'avoir plus revu l'assurée depuis le 1er mars 2010 et être sans nouvelles de cette dernière depuis juin 2010. Cela étant, il précise que l'intéressée allait objectivement un peu mieux lors des dernières consultations mais que les plaintes subjectives restaient encore très importantes, celle-ci déclarant présenter des répercussions marquées dans les activités de la vie quotidienne (difficultés à préparer les repas, à se tenir à table pour manger, à porter ses commissions ou à faire son ménage). Il relève qu'à ses yeux, ces éléments confirmaient alors l'incapacité à reprendre une activité professionnelle, puisque même la position assise sans effort n'était décrite comme supportable que quelques minutes. Il estime également qu'une évaluation de la capacité résiduelle de travail de l'assurée en atelier d'observation aurait aidé à mieux appréhender la situation;

- 16 - - un rapport du Dr K. \_\_\_\_\_ du 17 octobre 2011, posant les diagnostics de status post-mise en place d'un stimulateur médullaire en avril 2011, de syndrome hyperalgique, de status post-hémilaminectomie L5-S1 droite avec discectomie pour cure de hernie discale et stabilisation dynamique avec implant PDN solo en février 2009, de paresthésies importantes et douleurs du membre inférieur droit persistantes (avec légère amélioration fluctuante depuis la mise en place de l'implant médullaire), d'insuffisance veineuse des membres inférieurs, d'eczéma ou psoriasis des membres inférieurs, de tendance aux crampes du mollet en particulier à droite, de status post-appendicectomie, d'allergie aux fraises et de carence en vitamine D. Ce médecin observe par ailleurs qu'il ne voit pas comment l'intéressée serait à même d'exercer une activité professionnelle à pleine capacité, qu'il n'est toutefois pas expert en la matière, et que de son point de vue la meilleure stratégie consisterait en la mise en œuvre d'une nouvelle expertise tenant particulièrement compte de l'avis du Dr F. \_\_\_\_\_ et du Prof. M. \_\_\_\_\_. En date du 17 novembre 2011, la juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire à la recourante avec effet au 2 septembre 2011, et désigné son mandataire, Me Jean-Michel Duc, en tant qu'avocat d'office. Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI en a proposé le rejet par réponse du 15 décembre 2011. Pour l'essentiel, l'office relève que la position du Dr L. \_\_\_\_\_ était déjà connue du Dr S. \_\_\_\_\_ lors de l'examen clinique rhumatologique effectué au SMR le 3 mai 2010. S'agissant des éléments invoqués par le Dr K. \_\_\_\_\_, l'intimé renvoie à l'avis SMR du 3 mars 2011 et à sa lettre d'accompagnement du 4 août 2011. Pour le reste, l'OAI estime qu'il n'y a pas lieu de procéder à de nouvelles investigations. Dans sa réplique du 20 janvier 2012, la recourante confirme ses précédents motifs et conclusions, soulignant plus particulièrement que l'appréciation médicale du SMR est en totale contradiction avec les rapports des Drs L. \_\_\_\_\_, K. \_\_\_\_\_, F. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_. Elle requiert par ailleurs la tenue de débats publics.

- 17 - Aux termes de sa duplique du 9 février 2012, l'OAI maintient sa position. D. A la requête de la juge instructeur, le dossier de l'assurance- accidents a été versé en cause le 22 mars 2012. Prenant position le 23 avril 2012, la recourante fait valoir que les pièces contenues dans ce dossier ne remettent pas en question son incapacité de travail. Pour le reste, elle réitère ses motifs et conclusions. Par acte du 25 avril 2012, l'OAI précise n'avoir aucune remarque à formuler suite à la production du dossier de l'assureur- accidents. E. Une audience de jugement s'est tenue le 4 février 2013, dans le cadre de laquelle la recourante a déclaré ce qui suit : "J'aimais beaucoup mon travail qui était celui de gouvernante au sens large, je m'occupais de toutes les tâches d'une grande maison, jusqu'au moment où j'ai eu une chute au mois d'août 2008. Avant la pose du stimulateur médullaire, je souffrais beaucoup notamment à la jambe, je ressentais des fourmillements qui m'étaient insupportables et me rendaient agressive. Le stimulateur médullaire diminue les douleurs mais bloque le dos, par exemple je dois l'éteindre lorsque je marche sinon je tombe. Il ne m'est en conséquence pas possible d'utiliser le stimulateur médullaire en continu. Je ne peux pas enfiler de chaussettes ni mettre de chaussures parce que je ne peux pas me plier en avant. Les fourmis ne sont pas seulement dans la jambe mais montent aussi à la tête." E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le

- 18 - recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et remplit les autres exigences légales de forme (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable. 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 al. 1 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) En l'occurrence, le litige porte sur le bien-fondé de la décision de refus de rente AI rendue par l'office intimé en date du 4 août 2011. 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

- 19 - (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 vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées.

- 20 - Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a et les réf. citées; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes; il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son ouvrage. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité; RS 831.201) ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGa et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (TF 9C\_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1, 9C\_28/2011 du 6 octobre 2011 consid. 2.2, 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3 et 9C\_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références; consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6; TF 9C\_500/2011 précité loc. cit., TF 9C\_28/2011 précité loc. cit., et 9C\_745/2010 précité loc. cit.). Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être

admises avec réserve. Il faut en effet tenir

- 21 - compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3.b/cc et les réf. citées; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). d) En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (TFA I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2). En effet, le rôle d'un centre d'observation professionnelle n'est pas de se prononcer sur l'état de santé de la personne concernée et sur les répercussions d'une éventuelle atteinte à la santé sur l'aptitude au travail (TF 9C\_631/2007 du 4 juillet 2008 consid. 4.1). Les données médicales 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\_28/2012 du 20 juin 2012 consid. 5.2 et 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). 4. En l'occurrence, se fondant en particulier sur l'examen clinique rhumatologique effectué par le Dr S. \_\_\_\_\_ du SMR, l'OAI retient que l'assurée présente certes une incapacité de travail totale dans son ancienne profession d'employée de maison polyvalente, mais qu'elle

- 22 - conserve néanmoins une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. De son côté, la recourante conteste la position de l'office intimé, critiquant en particulier le bien-fondé de l'appréciation du SMR et lui préférant celle de ses médecins traitants. a) Dans son rapport du 9 juin 2010 consécutif à l'examen clinique rhumatologique effectué le 3 mai précédent, le Dr S. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de lombosciatalgies droites dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis avec status après hémilaminectomie L5- S1 droite et discectomie pour cure de hernie discale L5-S1 droite ainsi qu'avec stabilisation dynamique avec implant PDN solo. Il a estimé que la capacité de travail de l'intéressée était nulle dans la profession d'employée de maison polyvalente, mais que, depuis le 23 août 2009, soit 6 mois après l'intervention du 23 février 2009, elle atteignait 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (celles-ci nécessitant d'une part de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, et contre-indiquant d'autre part le soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, le port régulier de charges de plus de 10 kg, le travail en porte-à-faux du tronc, l'exposition à des vibrations, la position debout durant plus de 20 minutes et la marche sur une durée supérieure à 20 minutes), à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation. Les conclusions du Dr S. \_\_\_\_\_ ont été corroborées par le Dr Z. \_\_\_\_\_ du SMR le 30 juin 2010. b) Il ne se trouve au dossier aucun avis médical qui inciterait à douter des conclusions du Dr S. \_\_\_\_\_. aa) S'agissant du Dr L. \_\_\_\_\_, il ressort de ses différents rapports médicaux

qu'il a en substance retenu les diagnostics incapacitants de lombalgies chroniques et de hernie discale L5-S1 paramédiane droite avec syndrome radiculaire S1 droit (cf. rapports des 5 mai 2009, 9 septembre 2009 et 4 janvier 2010), soit des atteintes

- 23 - essentiellement superposables à celles signalées par le Dr S. \_\_\_\_\_. A l'instar de celui-ci, le Dr L. \_\_\_\_\_ a également considéré que la capacité de travail était nulle dans l'ancienne activité de l'assurée. En revanche, l'avis de ce praticien diverge de celui du Dr S. \_\_\_\_\_ quant à l'exigibilité d'une prise d'emploi dans un poste adéquat. En effet, si le médecin traitant n'a pas abordé la question dans son rapport du 5 mai 2009, il a toutefois estimé le 9 septembre 2009 que l'intéressée conservait une capacité de travail de l'ordre de 40 à 50% dans une activité adaptée à ses limitations, avant de retenir le 4 janvier 2010 que l'on ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail à court ou moyen terme; enfin, le 6 octobre 2011, il s'est prononcé dans le sens d'une incapacité totale de travail. Il y a lieu de relever que l'appréciation du Dr L. \_\_\_\_\_ est loin d'être constante et qu'il ne fonde son point de vue sur aucun facteur que le Dr S. \_\_\_\_\_ aurait ignoré. Ce dernier a par ailleurs expliqué de manière tout à fait convaincante qu'il y avait lieu de s'écarter de l'appréciation du Dr L. \_\_\_\_\_ qui «atteste une incapacité de travail complète dans toute activité professionnelle, sans en donner les raisons. Effectivement, il n'y a aucune raison biomécanique à attester une incapacité de travail dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire. Par ailleurs, la stabilité de l'espace intersomatique entre mai 2009 et mai 2010 est plutôt rassurante. Cette différence d'appréciation avec le Dr L. \_\_\_\_\_ s'explique probablement par la présence de l'importante démonstrativité de l'assurée [...]» (cf. rapport du Dr S. \_\_\_\_\_ du 9 juin 2010 p. 7). On relèvera plus particulièrement que les différentes limitations fonctionnelles évoquées par le Dr L. \_\_\_\_\_ se recoupent pour l'essentiel avec celles retenues par le Dr S. \_\_\_\_\_. Notamment, contrairement à ce que prétend la recourante (cf. mémoire complémentaire du 31 octobre 2011 p. 4 ch. 2.3), le Dr L. \_\_\_\_\_ n'a aucunement indiqué en septembre 2009 que la station assise n'était possible que durant quelques minutes. Tout au plus peut-il être déduit du constat du 9 septembre 2009 que la position assise est mal tolérée au-

- 24 - delà de 30 minutes (cf. rubrique 1.4 «Symptômes actuels/état actuel» p. 2), ce qui concorde avec l'avis du Dr S. \_\_\_\_\_ selon lequel les positions assise et debout doivent être alternées deux fois par heure (cf. rapport du Dr S. \_\_\_\_\_ du 9 juin 2010 p. 7). Au surplus, il est vrai que dans son écrit du 6 octobre 2011, le Dr L. \_\_\_\_\_ mentionne que la position assise n'est «décrite comme supportable» que durant quelques minutes uniquement. Ce faisant, il se limite toutefois à reprendre les plaintes subjectives signalées par l'assurée, lesquelles ne sauraient à elles seules s'avérer décisives dans le présent contexte, puisque ne pouvant être assimilées à des constatations objectives posées à la suite d'un examen scientifique. Par conséquent, on ne peut déduire de l'avis du Dr L. \_\_\_\_\_ aucun motif justifiant de mettre en cause l'appréciation claire et détaillée du Dr S. \_\_\_\_\_. bb) En ce qui concerne le Dr F. \_\_\_\_\_, son rapport du 27 octobre 2010 se focalise essentiellement sur la symptomatologie douloureuse décrite par l'assurée, justifiant – de l'avis de ce médecin – d'interpeller un spécialiste en antalgie. Pour le reste, le Dr F. \_\_\_\_\_ se réfère à une situation médicale en substance superposable à celle observée par le Dr S. \_\_\_\_\_, évoque diverses pathologies sans se prononcer précisément sur leur nature invalidante, et n'effectue pas de réelle évaluation de la capacité de travail résiduelle de l'intéressée. S'il est

vrai que ce médecin mentionne que la station assise n'est possible que durant 5 à 10 minutes – ce qui diverge manifestement de l'avis du Dr S. \_\_\_\_\_, ainsi que l'a relevé la recourante (cf. mémoire complémentaire du 31 octobre 2011 p. 4 ch. 2.3) –, il reste qu'il n'appuie son appréciation sur aucun facteur médical significatif dont le rhumatologue du SMR aurait fait abstraction. Cela étant, rien dans l'analyse du Dr F. \_\_\_\_\_ ne saurait infirmer celle, plus objective et mieux étayée, du Dr S. \_\_\_\_\_, ainsi que l'ont retenu les Drs I. \_\_\_\_\_ et Y. \_\_\_\_\_ du SMR dans leur avis du 3 mars 2011. cc) Pour ce qui est du Prof. M. \_\_\_\_\_, son rapport du 17 janvier 2011 mentionne des signes compatibles avec une atteinte de la

- 25 - racine S1 à droite, concordant avec les diagnostics incapacitants retenus par le Dr S. \_\_\_\_\_ dans son compte-rendu du 9 juin 2010. Le rapport du 17 janvier 2011 se réfère pour le surplus à la future mise en œuvre d'une stimulation médullaire test le 18 février 2011, sans que l'on y décèle d'éléments révélateurs concernant la capacité résiduelle de travail de la recourante. C'est dès lors à juste titre que les Drs I. \_\_\_\_\_ et Y. \_\_\_\_\_ du SMR ont considéré le 3 mars 2011 que ce constat n'infirmerait en rien les conclusions du Dr S. \_\_\_\_\_. Il en va de même du compte-rendu du Prof. M. \_\_\_\_\_ du 13 avril 2011 destiné au Dr F. \_\_\_\_\_, détaillant les différentes étapes ayant abouti à l'implantation d'un stimulateur de type Itrel III le 1er avril 2011 (cf. à cet égard consid. 4b/ee infra). Quant au rapport du Prof. M. \_\_\_\_\_ du 13 avril 2011 adressé à l'OAI, son auteur y réitère le diagnostic de radiculopathie touchant essentiellement la racine S1 à droite, tout en soulignant que le pronostic d'une récupération est à considérer comme inexistant, que le traitement mis en route – soit une stimulation médullaire – devra être suivi à vie, et que les séquelles de la hernie discale de l'intéressée sont à considérer comme un empêchement à l'exercice d'un travail normal. Les observations ainsi formulées par le Prof. M. \_\_\_\_\_ s'avèrent certes bien plus pessimistes que celles du Dr S. \_\_\_\_\_. Force est néanmoins de constater qu'en définitive, le Prof. M. \_\_\_\_\_ ne fait qu'exposer sa propre appréciation des faits, sans motiver son point de vue, ni se référer à un élément décisif qui aurait échappé au Dr S. \_\_\_\_\_. Son avis ne saurait dès lors l'emporter sur l'examen de ce dernier. dd) Quant au Dr K. \_\_\_\_\_, il signale différents diagnostics dans son rapport du 17 octobre 2011, sans se prononcer sur la nature incapacitante des pathologies mentionnées. En outre, ce médecin s'abstient de formuler un avis catégorique sur la capacité résiduelle de travail de la recourante. En effet, s'il relève qu'il ne voit pas comment cette dernière pourrait exercer une activité professionnelle à pleine capacité, il concède toutefois qu'il n'est pas un expert en la matière. Dans ces conditions, l'opinion – somme toute réservée – du Dr K. \_\_\_\_\_ ne saurait mettre en doute l'appréciation du Dr S. \_\_\_\_\_.

- 26 - ee) C'est le lieu de relever que, contrairement à ce que soutient la recourante (cf. mémoire complémentaire du 31 octobre 2011 p. 4 ch. 2.4 et réplique du 20 janvier 2012 p. 2 ch. 2), la pose d'un stimulateur médullaire de type Itrel III le 1er avril 2011 ne démontre aucunement que sa situation n'était pas stabilisée auparavant. Rien de tel ne saurait en tous les cas être déduit des pièces médicales du dossier telles qu'analysées ci-dessus. En l'état, il apparaît uniquement que ce moyen thérapeutique a été mis en œuvre afin d'alléger les douleurs de l'assurée. Cela étant, c'est donc en vain que cette dernière cherche à tirer argument de ce nouveau traitement. Il semblerait au demeurant que celui-ci rencontre un certain succès (cf. rapport du Prof. M. \_\_\_\_\_ du 13 avril 2011 au Dr F. \_\_\_\_\_ mentionnant une analgésie dépassant largement 50% en fonction de la position de l'intéressée et perdurant après trois semaines de test; cf. compte-rendu du Dr K. \_\_\_\_\_

du 17 octobre 2011 indiquant des paresthésies imposantes et douleurs du membre inférieur droit persistantes avec légère amélioration fluctuante depuis la mise en place de l'implant médullaire), ce qui tendrait à confirmer le point de vue des Drs I. \_\_\_\_\_ et Y. \_\_\_\_\_ du SMR, selon lequel la stimulation médullaire pourrait entraîner une diminution des limitations fonctionnelles (cf. avis médical SMR du 3 mars 2011). c) Par ailleurs et surtout, l'avis du Dr S. \_\_\_\_\_ a été rédigé sur la base d'investigations complètes et approfondies, en pleine connaissance du dossier tel qu'il se présentait à l'époque. Il apparaît ainsi que les conclusions de ce médecin sont convaincantes et son rapport du 9 juin 2010 pleinement probant (cf. consid. 3c supra). A ce stade, il convient d'ajouter que la recourante reproche en vain au Dr S. \_\_\_\_\_ d'avoir fixé le début de l'exigibilité d'une activité adaptée au 23 août 2009, cela alors même que le rapport de synthèse du Centre V. \_\_\_\_\_ du 25 août 2009 faisait état d'une situation encore non stabilisée à cette époque et préconisait d'attendre encore une année environ pour déterminer les limitations fonctionnelles (cf. mémoire complémentaire du 31 octobre 2010 p. 4 ch. 2.1 et réplique du 20 janvier

- 27 - 2012 p. 1 ch. 1). Sur ce point, il faut rappeler qu'en cas de divergence entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré. En effet, seules les constatations médicales permettent une appréciation strictement objective du cas, le rôle d'un centre d'observation n'étant pas en premier lieu de se prononcer sur l'état de santé de la personne assurée (cf. consid. 3d supra). Partant, les observations figurant dans le rapport du Centre V. \_\_\_\_\_ ne sauraient être déterminantes pour juger de la stabilité de l'état de santé de la recourante ou de ses limitations fonctionnelles. Dans ces conditions, le fait que les collaborateurs du Centre V. \_\_\_\_\_ aient considéré que la situation n'était pas stabilisée au 25 août 2009 et qu'il convenait d'attendre environ une année pour définir les limitations fonctionnelles ne saurait remettre en cause les conclusions – pleinement probantes – du Dr S. \_\_\_\_\_, reprises par l'OAI. d) Sous un autre angle, on ne saurait suivre la recourante lorsqu'elle fait grief à l'OAI de n'avoir procédé à aucune mesure d'investigation sous l'angle psychique. En effet, il découle des pièces en mains du Tribunal que le Dr L. \_\_\_\_\_ a certes attesté l'existence d'une atteinte à la santé psychique sous la forme d'un trouble de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive, mais qu'il a toutefois considéré que ce trouble était dépourvu d'impact sur la capacité de travail (cf. rapports des 5 mai 2009, 9 septembre 2009 et 4 janvier 2010). Pour le reste, la Cour de céans ne décèle en l'état du dossier aucun indice concret incitant à penser que l'assurée présenterait des troubles psychiques incapacitants susceptibles de mériter, le cas échéant, de plus amples mesures d'investigation. On ne peut en particulier rien déduire de tel des avis émis par le SMR, contrairement à ce que prétend la recourante (cf. mémoire complémentaire du 31 octobre 2010 p. 5 ch. 2.5 et réplique du 20 janvier 2012 p. 2 ch. 3). Au vu de ces éléments, l'office intimé pouvait donc s'abstenir d'instruire plus avant la situation sous l'angle psychique. f) Dans ces conditions, la Cour de céans ne peut que rejoindre l'OAI pour conclure que la recourante présente, il est vrai, des troubles

- 28 - somatiques qui l'empêchent d'exercer son métier habituel, mais qu'elle conserve en revanche une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles physiques, et ce depuis le 23 août 2009. A noter que l'assurée relève que sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée n'a pas été traduite en termes de métier par un spécialiste en réadaptation (cf. réplique du 20 janvier 2012 p. 1 ch. 1). Ce point ne saurait toutefois compromettre l'appréciation de l'office intimé. En effet, 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 (cf. TF 9C\_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.3), notamment dans le cadre d'une activité industrielle légère telle que mentionnée par l'OAI dans la décision litigieuse (p. 2). Il faut souligner qu'à cet effet, une aide au placement a été accordée à l'assurée le 11 octobre 2010, afin qu'elle puisse obtenir un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié. On rappellera enfin que conformément à l'obligation de diminuer le dommage, la recourante est tenue d'atténuer par tous les moyens les effets de son invalidité en tirant parti de son entière capacité résiduelle de travail (ATF 123 V 96 consid. 4c; 113 V 28 consid. 4a; TFA I 606/02 du 30 janvier 2003 consid. 2 et les références citées). g) Cela étant, le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner les expertises requises par l'assurée et devant porter, d'une part, sur les volets somatique et psychiatrique, et, d'autre part, sur l'aspect professionnel (cf. mémoire complémentaire du 31 octobre 2011 p. 5). En effet, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009

- 29 - consid. 3.2, TF 9C\_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. 5. La recourante ne soulève aucun grief relatif au calcul proprement dit de son taux d'invalidité, fixé à 10,30% par l'office intimé sur la base d'un revenu d'invalidé de 44'579 fr. 44 et d'un gain de valide de 49'702 fr. Vérifié d'office, le calcul de l'OAI ne prête pas le flanc à la critique en ce qui concerne le revenu d'invalidé. S'agissant du gain de valide, celui-ci a été établi sur la base du montant de 48'680 fr. signalé par l'ancien employeur au titre de salaire annuel pour 2008, après indexation à 2009 (cf. détail du calcul exigible du 26 juillet 2010). On peut toutefois s'interroger sur le bien-fondé de cette indexation, l'ancien employeur ayant signalé que sans atteinte à la santé, l'assurée aurait réalisé un salaire annuel de 48'680 fr. au 22 avril 2009 (cf. questionnaire pour l'employeur du 22 avril 2009). Ce point n'est toutefois pas déterminant pour l'issue du présent litige. En effet, si l'intimé s'était basé sur le seul montant de 48'680 fr. en guise de revenu sans invalidité, le préjudice économique de l'intéressée – et, partant, son degré d'invalidité – n'en aurait été que plus bas. En définitive, que l'on se réfère au montant de 48'680 fr. ou à l'approche choisie par l'office intimé, plus favorable à l'assurée, il n'en demeure pas moins que le taux d'invalidité de cette dernière s'avère largement inférieur au seuil prévu par la loi pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (cf. consid. 3a supra), de sorte que l'OAI était fondé à refuser l'octroi d'une telle prestation. 6. a) Par conséquent, le recours 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.1 bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 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 de procédure civile du 19 décembre

- 30 - 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, celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en

mesure de la faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que la recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA). La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Michel Duc (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. Celui-ci a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 2 heures de prestations d'avocat rémunérées à un tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RS 211.02.3]) et à 7 heures 15 de prestations d'avocat-statigiaire rémunérées à un tarif horaire de 110 fr. (art. 2 al. 1 let. b RAJ), ce qui correspond à un montant total d'honoraires s'élevant à 1'157 fr 50. Il y a lieu d'ajouter la TVA de 8%, soit un montant de 92 fr. 60. Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa

- 31 - tâche (ATF 122 I 1). Selon le montant indiqué par le conseil d'office sous la rubrique «Frais, charges et crédits» (p. 3 de la liste des opérations), ceux-ci s'élèvent à 17 fr., auxquels il convient d'ajouter 1 fr. 36 de TVA. L'indemnité d'office du conseil de la recourante s'élève ainsi à 1'268 fr. 46 TVA de 8 % comprise, montant que l'on peut arrondir à 1'268 fr. 50. 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 4 août 2011 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 provisoirement à la charge de l'Etat. IV. L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'268 fr. 50 (mille deux cent soixante-huit francs et cinquante centimes). V. Le 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, tenu au remboursement des frais judiciaires 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 :

- 32 - Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Jean-Michel Duc (pour la recourante), - 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.