

## **VD\_GERICHTE ZD20.038606 vom 21. Dezember 2021**

VD Tribunal cantonal, 2021-12-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD20.038606](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD20.038606)

FR: VD\_GERICHTE ZD20.038606 du 21 décembre 2021

IT: VD\_GERICHTE ZD20.038606 del 21 dicembre 2021

### **Erwägungen**

#### **E. 28**

février 2014, elle a travaillé en qualité d'aide boulangère auprès de la société R. \_\_\_\_\_ Sàrl, à un taux de 100 %. Dès le 1er mars 2014, elle a émargé à l'assurance chômage. A compter du 1er mars 2016, elle a travaillé comme employée polyvalente (service au tea-room, vente au magasin, aide au laboratoire) pour la boulangerie Z. \_\_\_\_\_ à un taux de 65 % (soit 27 heures par semaine sur les 42 heures prévues pour un temps plein) ; son salaire mensuel brut s'élevait à 2'400 fr., versé treize fois l'an (cf. attestation de l'employeur du 30 mai 2016). Le 9 mai 2016, l'assurée a déposé une demande de mesures professionnelles et / ou de rente d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant être atteinte dans sa santé depuis 2014, avec une incapacité de travail du 26 octobre 2014 au 7 décembre 2015. Dans un rapport initial du 26 juillet 2016, le collaborateur de l'OAI a mentionné que l'assurée indiquait avoir initialement cherché une activité professionnelle à 100 %, mais avoir accepté un travail à un taux de 65 % auprès de Z. \_\_\_\_\_, car cela était le pourcentage proposé et qu'elle ne pouvait pas travailler à un taux supérieur en raison de ses douleurs et de son fils handicapé, né en [...] et vivant avec elle depuis 2016, dont elle s'occupait. Par rapports des 21 mars et 27 mars 2017, le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de lombalgies résiduelles (avec un status post-hémilaminectomie L5-S1 gauche et discectomie pour hernie discale, ainsi qu'une stabilisation par implant crescent réalisée le 19 mars 2015), de cervicalgies (sur cervicarthrose C4-C5 et C5-C6 avec une

- 3 - réaction de type modic 2 et uncarthrose bilatérale), de status post- chirurgie du tunnel carpien récidivant, de douleur de l'épaule droite (sur conflit sous-acromial avec tendinopathie sus-épineux), de dysthymie et de douleur du genou gauche (sur chondropathie, fémoraux patellaire et fémoraux tibial, avec un status post-arthroscopie du genou gauche réalisée au mois de novembre 2016 et un status post-ponction et infiltration d'un kyste de Baker du genou gauche réalisé le 3 mars 2017). Ce médecin a mentionné que les symptômes actuels correspondaient à des douleurs ostéoarticulaires multiples, chroniques et récurrentes au niveau de la nuque, du dos, de l'épaule droite et du genou gauche, ainsi qu'à une douleur irradiant dans la jambe gauche et à une paresthésie des doigts. Il a estimé que l'assurée avait été en incapacité de travail à 100 % du 28 octobre 2014 au 30 avril 2016, à 35 % du 1er mai 2016 au 22 février 2017 et à 100 % à compter du 23 février 2017. D'après lui, bien que la capacité de travail soit de 50 % dans toute activité, sa patiente était actuellement en complète incapacité de travail en raison des problèmes au genou et à l'épaule. Par avis du 15 mai 2017, le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin auprès du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), a requis que soit mise en œuvre une expertise rhumatologique. A teneur d'un

courrier du 24 mai 2017, Z.\_\_\_\_\_ a résilié le contrat de travail qui la liait à l'assurée avec effet au 31 juillet 2017. Par rapport d'examen clinique SMR du 24 juillet 2017, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, a posé le diagnostic principal ayant un effet sur la capacité de travail de lombosciatalgies gauches (dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après hémilaminectomie L5-S1 gauche et discectomie avec stabilisation par implant crescent ; CIM-10 [Classification internationale des maladies] M 54.4), ainsi que les diagnostics associés ayant un effet sur la capacité de travail de cervicalgies sur troubles statiques et dégénératifs du rachis (CIM-10 - 4 - M 54.2), de syndrome rotulien gauche (dans le cadre d'une chondropathie fémoro-patellaire de grade II à III, d'un status après résection partielle du bord libre du corps du ménisque externe par voie arthroscopique et d'un status après ponction-aspiration et infiltration d'un kyste de Baker rompu ; CIM-10 M 17), d'un status après opération d'un kyste poplité du genou droit en 2001, d'un probable conflit fémoro-acétabulaire gauche (CIM-10 M 16) et d'une périarthrite scapulo-humérale droite avec tendinopathie du sus-épineux et probable tendinopathie du long chef du biceps droit (CIM- 10 M 75). Le médecin du SMR a enfin considéré que le status après opération des deux tunnels carpiens était un diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail. Il a en particulier retenu ce qui suit (sic) : « APPRÉCIATION DU CAS [...] Au plan ostéoarticulaire et neurologique, pieds nus dans la salle d'examen, l'assurée déambule normalement, sans boiterie. La marche sur la pointe des pieds et sur les talons se fait sans problème. L'accroupissement est légèrement limité, il entraîne des gonalgies gauches et des lombalgies. Le relèvement se fait cependant sans aide extérieure. Le reste du status neurologique est parfaitement normal, notamment les épreuves de Lasègue sont négatives. Elles sont tout de même limitées ddc [des deux côtés] à 70° par des lombalgies et un raccourcissement des muscles ischio-jambiers. Au plan rachidien, on note de discrets troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire est diminuée, mais l'on note une importante discordance entre la distance doigts-sol et doigts-orteils sur le lit d'examen, ce qui constitue un signe de non organicité selon Waddell. L'assurée ne présente cependant pas de signe de non organicité selon Kummel. La mobilité cervicale est par ailleurs bien conservée. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée, seule la distance pouce-C7 est légèrement augmentée à l'épaule droite par rapport à l'épaule gauche. L'épreuve de Jobe et du Palm-up est douloureuse également à l'épaule droite, mais les autres épreuves de périarthrite scapulo-humérale sont toutes négatives ddc. L'assurée présente par ailleurs un syndrome rotulien gauche. La mobilisation des hanches entraîne des douleurs lombaires et la mobilisation de la hanche gauche des douleurs du genou gauche, surtout aux rotations. L'assurée ne présente par ailleurs aucun signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique. L'assurée ne présente des douleurs à la palpation que de 7 points typiques de la fibromyalgie ou points de Smythe sur 18, ce nombre étant bien insuffisant pour poser ce diagnostic. Les examens radiologiques à notre disposition mettent en évidence des troubles statiques et dégénératifs du rachis. Il existe par ailleurs un status satisfaisant après hémilaminectomie L5-S1 gauche et discectomie pour cure de hernie discale avec stabilisation par implant Crescent qui est bien en place. Par ailleurs, il n'y a pas de

- 5 - récurrence herniaire. Par contre, il existe une protrusion discale circonférentielle qui rétrécit les trous de conjugaison d'un côté et de l'autre, possible source d'irritation pour les racines L5. Il existe également des discopathies modérées L3-L4 et L4-L5 avec de minimes protrusions postérieures. Il existe un rehaussement inflammatoire sur la topographie des

ligaments interépineux L3-L4 et L4-L5. Une dernière IRM du genou gauche du 2.5.2017 met en évidence un épanchement intra-articulaire et un kyste de Baker un peu plus turgescents qu'en septembre 2016. Il existe une probable déchirure partielle du kyste de Baker compte tenu d'une suffusion liquidienne le long du versant médial du muscle jumeau interne ainsi qu'une petite plica médialis. Il existe également une chondropathie rotulienne de grade II à III. Il n'y a par contre pas de modification de l'aspect discrètement tronqué de la corne moyenne du ménisque externe dans le cadre d'un status après méniscectomie externe partielle. Il n'y a pas de nouvelle lésion méniscale interne. Une IRM pelvienne du 04.07.2017 est normale, elle ne montre pas de signe en faveur d'une endométriose ou d'une complication probable de celle-ci. Les organes gynécologiques ont un aspect normal ainsi que les articulations sacroiliaques ddc. Une arthro-IRM de l'épaule droite du 03.03.2017 met en évidence une tendinopathie du sus-épineux, sans déchirure partielle ou complète du tendon, ni lésion transfixiante. Il existe une petite bursite sous-acromiale identifiée par une lame d'épanchement. Il existe également une probable déchirure partielle de l'intervalle des rotateurs, identifiée par le passage du produit de contraste dans la bourse sous-coracoïdienne. Dans ce contexte, le tendon du long chef du biceps est correctement positionné sans subluxation, ni luxation antérieure. A noter qu'une radiographie du bassin du 10.10.2014 met en évidence une petite lésion lytique bordée de sclérose de 11 mm de diamètre intéressant la région tête-col du fémur gauche dont le diagnostic différentiel est une image de herniation de Pit suspect d'un conflit fémoro-acétabulaire gauche. Il existe également sur ces radiographies de minimes calcifications périrochantériennes gauches, l'assurée présentant actuellement bien des douleurs des deux grands trochanters, mais les manœuvres de périarthrite de hanches étant négatives ddc. Par ailleurs, les articulations sacroiliaques sont libres, il n'y a par ailleurs pas de signe d'ostéonécrose des têtes fémorales ou de signes de fractures. [...] Limitations fonctionnelles Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2x / heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvements ou de ports réguliers de charges d'un poids excédant 5 kilos, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations. Pas de mouvements répétés de flexion / extension de la nuque. Pas de rotations rapides de la tête. Pas de positions prolongées en flexion ou en extension de la nuque. MSD [membre supérieur droit] : alors que l'assurée est droitrière, pas d'élévation ou d'abduction de l'épaule droite à plus de 70°, pas de lever de charges de plus de 5 kilos avec le MSD. MI [membre inférieur] : pas de genuflexions répétées, pas de franchissement d'escabeau ou d'échelle. Pas de franchissement régulier d'escaliers. Pas de

- 6 - travail en hauteur. Pas de position debout ou de marche de plus de

### **E. 30**

minutes. [...] Comment le degré d'incapacité de travail et le rendement ont-ils évolué depuis lors ? L'incapacité de travail est restée complète du 28.10.2014 au 29.02.2016 dans l'activité habituelle de vendeuse et serveuse en boulangerie. À partir du 01.03.2016, l'incapacité de travail est de

### **E. 35**

% dans cette activité. Elle redevient totale en novembre 2016 pour revenir à 35 % dès décembre 2016. Elle redevient totale dès le 23.02.2017 dans l'activité de vendeuse et serveuse en boulangerie et nettoyeuse dans une boulangerie. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie

ostéoarticulaire, la capacité de travail est totale dès le 28.10.2014 pour passer à 30 % dès le 19.09.2015. L'incapacité de travail reste de 30 % dans une activité adaptée jusqu'en novembre 2016 où l'incapacité de travail dans une activité adaptée redevient totale pendant un mois pour redevenir de 30 % depuis décembre 2016. [...] CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 0 % COMME NETTOYEUSE DE SINISTRES 0 % COMME SERVEUSE ET VENDEUSE DANS UNE BOULANGERIE. DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 70 % DEPUIS SEPTEMBRE 2015, MISE A PART UNE PERIODE D'INCAPACITE DE TRAVAIL TRANSITOIRE D'UN MOIS EN NOVEMBRE 2016 EN RAPPORT AVEC L'ARTHROSCOPIE DU GENOU GAUCHE. »

Par communication du 20 février 2018, l'OAI a octroyé à l'assurée le droit à une mesure d'orientation professionnelle sous la forme d'un stage d'observation à titre d'évaluation, à exécuter auprès de E.\_\_\_\_\_ entre les 5 mars et 30 mars 2018. Aux termes d'un rapport COPAI du 16 avril 2018, le responsable d'équipe professionnelle de E.\_\_\_\_\_ a conclu que l'assurée pouvait « être présente à 70 % du temps avec des rendements de 80 % dans des activités de contrôle qualité ou de conditionnement de petit matériel ». Il a encore annexé un rapport du 29 mars 2018 du Dr AA.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin consultant auprès de E.\_\_\_\_\_, lequel confirmait l'évaluation du SMR, retenait une capacité de travail de 70 % et précisait que la légère

- 7 - diminution de rendement (par rapport au taux de présence de 80 % supporté par l'assurée) s'expliquait par les douleurs multiples touchant le rachis, l'épaule droite, le genou et parfois d'autres parties du corps (notamment la région sous-claviculaire gauche). Par projet de décision du 25 octobre 2018, l'OAI a informé l'assurée entendre lui refuser toute rente d'invalidité, retenant une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, mais une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, ceci déjà au mois d'octobre 2015. Son taux d'invalidité était de 0 %, ce qui ne lui ouvrait pas le droit à une rente. B. A teneur d'un courrier du 14 novembre 2018, l'assurée a contesté le projet de décision du 25 octobre précédent. En substance, elle a exposé que son état de santé s'était sérieusement dégradé ces dernières années et que sa capacité de travail n'était plus que de 50 % ; cela correspondait par ailleurs au taux auquel elle avait été engagée en tant que caissière par la société O.\_\_\_\_\_ (ci-après : O.\_\_\_\_\_) du 28 août 2018 au 28 février 2019 (cf. contrat de travail du 30 août 2018 et avenant du 23 novembre 2018). Elle a également critiqué le revenu sans invalidité retenu par l'OAI pour calculer son taux d'invalidité. Par rapport du 11 janvier 2019, la Dre I.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a diagnostiqué une « nouvelle » hernie discale D7-D8 paramédiane droite avec contact sur la moelle épinière et l'émergence de la racine D7 à droite. A l'appui de ce diagnostic, elle a produit une IRM dorsolombaire du 19 décembre 2018. Selon cette médecin, cette « trouvaille radiologique » était en relation avec les plaintes de sa patiente, laquelle décrivait des cervico-dorsalgies invalidantes et une tolérance au travail de maximum quatre heures par jour. Elle en a déduit qu'une demi-rente d'invalidité pouvait être accordée à l'assurée. Dans un rapport du 19 février 2019, le Dr N.\_\_\_\_\_ a soutenu le rapport du 11 janvier 2019 de la Dre I.\_\_\_\_\_ en vue de l'obtention par l'assurée d'une rente partielle à 50 %. Il a indiqué que l'examen d'IRM du

- 8 - 19 décembre 2018 montrait une hernie discale-paramédiane et latérale droite D7-D8, et que l'assurée était à nouveau en incapacité de travail à 100 % à compter du 11 février 2019. Enfin, il a notamment produit un rapport de consultation du 26 février 2019 du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, ainsi qu'un rapport d'IRM cervicale du 24 janvier

2019. Dans son rapport de consultation du 26 avril 2019, le Dr F. \_\_\_\_\_ a posé un nouveau diagnostic de pseudarthrose L5-S1. Dans un courrier du 19 décembre 2019, le Dr F. \_\_\_\_\_ a répondu aux questions de l'OAI en transmettant son rapport de consultation du 7 octobre 2019, à teneur duquel il indiquait avoir procédé, en date du 30 août 2019 et en lien avec le diagnostic de pseudarthrose L5-S1, à une reprise de l'arthrodèse avec mise en place de vis pédiculaires et greffe postéro-latérale. Dans un rapport du 4 février 2020, le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a notamment diagnostiqué une lombalgie résiduelle (dans le contexte d'un status post-spondylodèse L5-S1 [réalisée le 30 août 2019 pour traiter une pseudarthrose L5-S1] et d'un status post- hémilaminectomie L5-S1 gauche et dissectomie avec stabilisation par implant discal crescent [réalisée le 19 mars 2015], et une possible dysfonction sacro-iliaque droite), une cervicalgie (sur cervicodiscarthrose C4-C5 et C5-C6), une douleur du genou gauche (sur chondropathie fémoro-patellaire et fémoro-tibiale, une dégénérescence méniscale et kyste poplité relativement volumineux et un status post-chirurgie arthroscopique du genou gauche en novembre 2016), un état après douleur de l'épaule droite (sur conflit sous-acromial impactant une tendinopathie du sus-épineux et lame d'épanchement dans la bourse sous-acromio-deltaïdienne et sous-coracoïdienne), une sensibilité métacarpo-phalangienne du pouce de la main droite et dans une moindre mesure gauche sur surcharge chondrale, un trouble statique plantaire avec platypodie antérieure transverse et sensibilité sous-capito- métatarsienne plantaire médiane, ainsi qu'une dysthymie. Il a indiqué que l'assurée se plaignait de douleurs musculosquelettiques chroniques

- 9 - (lombalgie basse résiduelle, gonalgie gauche mécanique et sensibilité plantaire sous capito-métatarsienne liée à la platypodie transverse). Par rapport du 12 mars 2020, le Dr F. \_\_\_\_\_ a relevé que, s'agissant de l'atteinte lombaire, l'assurée lui avait indiqué qu'il y avait une très nette amélioration de la symptomatologie douloureuse, qu'elle ne présentait presque plus de douleurs lombaires, qu'elle prenait « de temps à autre » un anti-inflammatoire et qu'elle pouvait marcher pendant 45 minutes / une heure sans difficulté. Ce médecin a également souligné que sa patiente décrivait des douleurs au niveau du pied et des cervicales. Dans un rapport du 1er avril 2020, le Dr N. \_\_\_\_\_, se référant notamment au rapport du 4 février 2020 du Dr M. \_\_\_\_\_, a indiqué que l'assurée se plaignait de douleurs musculosquelettiques chroniques multiples, soit de lombalgies basses (résiduelles malgré les diverses interventions pratiquées depuis le printemps 2019), de douleurs cervicales (sur cervicarthrose et sténose modérée foraminale de C4-C5, C5-C6 et C6- C7), de gonalgie gauche et de douleurs aux pieds. Il a considéré que la capacité de travail était nulle dans toute activité. Par avis SMR du 27 mai 2020, le Dr BB. \_\_\_\_\_, médecin praticien, a relevé que, s'agissant tout d'abord du diagnostic de pseudo- arthrose, le Dr F. \_\_\_\_\_ avait signalé, dans son rapport du 12 mars 2020, une « très nette amélioration » des douleurs lombaires dans les suites de l'intervention du 30 août 2019. Le Dr BB. \_\_\_\_\_ a également souligné que le status du rachis lombaire décrit par le Dr M. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 4 février 2020, ne montrait pas de différence avec celui observé lors de l'examen du SMR du mois de juillet 2017. Le Dr BB. \_\_\_\_\_ en a conclu que la symptomatologie lombaire douloureuse retenue dans le rapport d'examen SMR du 24 juillet 2017 s'était trouvée améliorée par l'intervention du 30 août 2019 et que cette évolution ne permettait pas de soutenir une diminution durable de la capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée. S'agissant ensuite des douleurs du rachis cervical, le Dr BB. \_\_\_\_\_ a souligné qu'elles étaient connues de longue date et que, depuis le rapport d'examen du 24 juillet 2017, aucun

- 10 - des médecins traitants ne décrivait « un status à ce niveau ». Il est également revenu sur la gonalgie, considérant qu'elle avait été prise en compte dans le rapport d'examen du 24 juillet 2017, notamment pour déterminer les limitations fonctionnelles, et que le status décrit par le Dr M. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 4 février 2020, était superposable à celui retenu dans le rapport d'examen du 24 juillet 2017. Enfin, le Dr BB. \_\_\_\_\_ a indiqué que concernant la platypodie, rien n'indiquait que de nouvelles limitations fonctionnelles devaient être retenues. En synthèse, il a constaté qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux permettant de mettre en cause les conclusions du rapport d'examen du 24 juillet 2017 du SMR. Par décision du 31 août 2020, l'OAI a refusé l'octroi de toute rente d'invalidité à l'assurée. Il a considéré que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle. En revanche, elle était de 70 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, lesquelles correspondaient à celles listées dans le rapport d'examen SMR du 24 juillet 2017. Après comparaison des revenus sans invalidité (soit un montant de 48'000 fr. à 100 % en 2015) et avec invalidité (estimé à 37'839 fr. à 70 % en 2015, sur la base des données salariales de l'Office fédéral de la statistique s'agissant d'une femme pouvant exercer des activités non qualifiées du domaine de la production et des services), sans application d'un abattement supplémentaire, l'OAI a retenu que le degré d'invalidité de l'intéressée était de 0 %, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente ou à des mesures professionnelles. C. a) Par acte du 5 octobre 2020, H. \_\_\_\_\_, sous la plume de son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 31 août précédent, concluant, principalement, à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une demi-rente d'invalidité à compter du 28 octobre 2015 et, subsidiairement, à son annulation, avec renvoi à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle a également requis d'être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, en ce sens de l'exonération d'avances de frais et sûretés, ainsi que des frais judiciaires,

- 11 - et l'assistance d'un conseil en la personne de Me Benjamin Schwab. A titre de mesure d'instruction, elle a sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. En substance, elle s'est plainte de ce que l'instruction menée par l'intimé était lacunaire et a contesté que son état de santé se soit amélioré – tel que retenu par le SMR dans son avis du 27 mai 2020 –, alléguant au contraire qu'il n'était pas stabilisé, respectivement qu'il se péjorait, tel que cela ressortait des rapports communiqués à la suite du projet de décision du 25 octobre 2018. A l'appui de ses arguments, elle a communiqué les nouvelles pièces suivantes : - un rapport de consultation du 29 mai 2020 du Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel diagnostiquait une maladie de Haglund ; - un rapport d'IRM de la cheville et / ou du pied gauche du 8 juin 2020 du Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie ; - un rapport du 30 juin 2020 établi par le Dr M. \_\_\_\_\_, lequel posait notamment un diagnostic de douleur de la péri-hanche gauche sur insertionite distale trochantérienne et de douleur de l'épaule (droite, et dans une moindre mesure, gauche) sur arthrose acromio-claviculaire et d'un conflit sous-acromial impactant une tendinopathie du sus-épineux avec lame d'épanchement dans la bourse sous-acromio-deltaïdienne et sous-coracoïdienne s'agissant de l'épaule droite ; - un rapport du 9 septembre 2020 du Dr F. \_\_\_\_\_, lequel indiquait, en relation avec l'intervention du 30 août 2019, une évolution globalement favorable, dans la mesure où sa patiente lui décrivait une diminution des douleurs lombaires d'environ 50 %, ainsi que de la consommation d'antalgiques et d'anti-inflammatoires, et une augmentation de plus du double de son périmètre de marche, la recourante ayant mentionné qu'actuellement, même après 40 minutes de marche, elle ne ressentait pas de douleurs particulières, alors qu'avant

l'opération chirurgicale, elle était limitée par ses douleurs au bout de 15 à 20 minutes de marche. De surcroît, ce médecin relevait l'apparition de

- 12 - douleurs cervicales, lesquelles aggravaient la symptomatologie douloureuse et limitaient les activités physiques. b) A teneur de son ordonnance du 6 octobre 2020, la juge instructrice a octroyé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire dans le sens de l'exonération du paiement d'avances et de frais judiciaires, ainsi que de toute franchise mensuelle, et de la désignation de Me Benjamin Schwab en qualité de conseil d'office, le tout avec effet au 5 octobre 2020. c) Dans sa réponse du 5 novembre 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours, se prévalant de la valeur probante du rapport d'examen SMR du 24 juillet 2017, dont les conclusions étaient confirmées par l'avis SMR du 29 octobre 2020 du Dr BB.\_\_\_\_\_. S'agissant en particulier de l'évolution favorable des atteintes lombaires, ce médecin se ralliait au rapport du 9 septembre 2020 du Dr F.\_\_\_\_\_, celui-ci étant plus étayé que celui du 30 juin 2020 du Dr M.\_\_\_\_\_. Concernant les rapports relatifs aux douleurs du rachis cervical, du genou gauche, de la hanche gauche et de l'épaule droite, ces atteintes avaient été prises en compte dans le rapport du 24 juillet 2017 du SMR et ces documents n'apportaient aucun élément nouveau sur le plan strictement médical. Concernant finalement l'atteinte aux pieds, le Dr BB.\_\_\_\_\_ indiquait que le nouveau diagnostic d'exostose de Haglund ne suffisait pas, en lui-même, à modifier l'évaluation d'une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée. L'office intimé a déduit de ces explications que la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire n'était pas nécessaire. d) Répliquant le 7 janvier 2021, la recourante a maintenu ses conclusions du 5 octobre 2020, ainsi que sa requête relative à la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire, précisant à cet égard que celle-ci devait porter sur les aspects rhumatologique, neurochirurgical et orthopédique. Elle a également contesté les conclusions de l'avis SMR du 29 octobre 2020, relevant que le Dr BB.\_\_\_\_\_ ne revenait pas sur le diagnostic de fibromyalgie, et soulignait que les avis des médecins divergeaient s'agissant de l'évolution des douleurs lombaires, ce qui

- 13 - justifiait la mise en œuvre d'une expertise. En annexe, elle a remis de nouvelles pièces, à savoir : - deux certificats médicaux établis les 18 novembre et 10 décembre 2020 par le Dr N.\_\_\_\_\_ ; - un rapport du 1er octobre 2020 du Dr F.\_\_\_\_\_, à teneur duquel il indiquait que la recourante ne pouvait pas porter de charge en dessus de 5 kg, devait éviter les positions statiques avec hyperextension de la nuque, ainsi que les mouvements répétitifs et les stations assise et debout prolongées ; - un rapport du 14 octobre 2020 du Dr M.\_\_\_\_\_, lequel reprenait les diagnostics posés dans son rapport du 30 juin 2020 et mentionnait que, sur le plan professionnel, la recourante présentait des limitations fonctionnelles qu'il était nécessaire d'évaluer par une expertise médicale idoine ; - un rapport d'IRM dorsale du 14 octobre 2020 de la Dre W.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie ; - des rapports des 23 novembre et 3 décembre 2020 du Dr J.\_\_\_\_\_, médecin praticien, lequel retenait les diagnostics de fibromyalgie et rachialgies chroniques (sur troubles dégénératifs étagés, déconditionnement physique et troubles statiques) ; - un rapport du 2 novembre 2020 du Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, lequel relevait des céphalées chroniques et un clonus du pied droit, lequel pouvait être en relation avec la hernie discale D7-D8. e) Dupliquant le 29 janvier 2021, l'intimé a maintenu ses conclusions du 5 novembre 2020 et communiqué l'avis SMR du 25 janvier 2021 du Dr BB.\_\_\_\_\_. Celui-ci considérait que l'instruction médicale relative à la hernie discale D7-D8 était suffisante pour écarter toute

- 14 - répercussion sur la capacité de travail de la recourante. S'agissant du diagnostic de fibromyalgie, il retenait que le status objectif décrit par le Dr J. \_\_\_\_\_, dans ses rapports des 23 novembre et 3 décembre 2020, ne démontrait pas de modification significative par rapport à celui du rapport d'examen du 24 juillet 2017 du SMR ; au demeurant, ce médecin traitant ne se prononçait ni sur les limitations fonctionnelles, ni sur la capacité de travail. Le Dr BB. \_\_\_\_\_ estimait donc que, quelle que soit la cause à laquelle les douleurs chroniques étaient imputées – à une fibromyalgie ou à une autre atteinte –, cet élément ne changeait pas le profil des limitations fonctionnelles objectivées dans le rapport du 24 juillet 2017. f) Se déterminant le 26 mars 2021, la recourante a remis un rapport du 11 février 2021 du Dr HH. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, un certificat médical du 18 février 2021 du Dr N. \_\_\_\_\_, un rapport d'IRM cervicale du 11 mars 2021 de la Dre W. \_\_\_\_\_, deux confirmations de rendez-vous médicaux des 11 mars 2021 auprès du centre d'antalgie du Centre II. \_\_\_\_\_ (ci-après : le Centre II. \_\_\_\_\_), ainsi qu'une convocation à un cathétérisme cardiaque / dilatation coronaire / stent pour le 26 mai 2021 du Centre II. \_\_\_\_\_. g) Le 30 avril 2021, l'OAI a produit un avis SMR du 19 avril 2021, dans lequel le Dr BB. \_\_\_\_\_ maintenait les conclusions du rapport du 24 juillet 2017 du SMR. h) Le 23 juillet 2021, en sus de la liste des opérations de son conseil, la recourante a communiqué un rapport de radiographie du bassin et des hanches du 6 mai 2021 du Dr U. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, des rapports radiologiques des 26 mai et 3 juin 2021 du Dr EE. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, un certificat médical du 10 juin 2021 du Dr N. \_\_\_\_\_, une prescription du 10 juin 2021 de la Dre JJ. \_\_\_\_\_, médecin praticien, un certificat médical du 29 juin 2021 de la Dre CC. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, une IRM du bassin du 22 juillet 2021 du Dr DD. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, et un rapport du 19 juillet 2021 de la Dre I. \_\_\_\_\_.

- 15 - i) Se déterminant le 19 août 2021, l'intimé a remis un avis SMR du 10 août 2021, à teneur duquel le Dr BB. \_\_\_\_\_ concluait que les derniers documents produits par la recourante ne relevaient pas d'éléments médicaux de nature à changer les conclusions du rapport du 24 juillet 2017 du SMR. j) Par déterminations spontanées du 7 octobre 2021, la recourante a produit quatre nouveaux certificats des 20 juillet et 24 août 2021 du Dr FF. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, et des 27 septembre et 4 octobre 2021 de la Dre CC. \_\_\_\_\_. De surcroît, elle a indiqué attendre un rendez-vous avec un neurochirurgien prévu pour le mois d'octobre 2021, dans le but de « discuter de l'éventualité d'effectuer la pose de plusieurs prothèses discales ». Les arguments des parties seront repris ci-après dans la mesure utile. 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, le recours a été déposé en temps utile, la recourante alléguant avoir reçu la décision litigieuse en date du 4 septembre 2020, ce que l'intimé ne conteste pas (voir à cet égard : ATF 129 I 8 consid. 2.2 ; 124 V 400 consid. 2a et 2b ; 121 V 5 consid. 3b), et auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]).

- 16 - Respectant au demeurant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. En l'espèce, est litigieux le droit à une rente d'invalidité de la recourante. 3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). 4. 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

- 17 - fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). c) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la

référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime,

- 18 - sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). d) Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Ces rapports ne sont toutefois pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées). e) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). 5. Dans un moyen principal, la recourante se plaint de la violation par l'intimé de son obligation d'instruire, au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA. a) Afin de démontrer le caractère lacunaire de l'instruction, la recourante a produit de nombreuses nouvelles pièces durant la procédure judiciaire. A cet égard, il sied de relever qu'il est de jurisprudence

- 19 - constante que le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue ; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Le juge des assurances sociales doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (TF 8C\_217/2019 du 5 août 2019 consid. 3). En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C\_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1). Dans ce cadre, il est déjà précisé que ce qui importe pour juger du droit aux prestations dans le cadre de l'assurance-invalidité, ce n'est pas la dénomination diagnostique, mais uniquement les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1 ; TF 9C\_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références citées). b/aa) Il découle de ce qui précède que les nouveaux éléments produits par la recourante en mains de la Cour de céans ne doivent être pris en compte qu'en tant qu'ils se rapportent à l'état de fait déterminant pour trancher le litige. Ainsi, les rapports relatifs à l'apparition de nouvelles atteintes, respectivement d'éventuelles aggravations d'atteintes préexistantes, après la décision litigieuse du 31 août 2020 doivent

être écartés. Par conséquent, doit être ignorée la mention de céphalées chroniques par le Dr B. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 2 novembre 2020, ainsi que la convocation pour un cathétérisme cardiaque / dilatation coronaire / stent pour le 26 mai 2021 du Centre II. \_\_\_\_\_ et les deux confirmations de rendez-vous médicaux des 11 mars 2021 du Centre II. \_\_\_\_\_. Il convient également d'écarter tous les certificats médicaux attestant de périodes d'incapacité de travail, à savoir ceux des

- 20 - 18 novembre 2020, 10 décembre 2020, 18 février 2021 et 10 juin 2021 du Dr N. \_\_\_\_\_, des 29 juin, 27 septembre et 4 octobre 2021 de la Dre CC. \_\_\_\_\_, ainsi que ceux des 20 juillet et 24 août 2021 du Dr FF. \_\_\_\_\_. bb) S'agissant des rapports de la Dre W. \_\_\_\_\_, celle-ci décrit notamment, dans son rapport d'IRM dorsale du 14 octobre 2020, une discopathie de D6 à D10 et une enthésopathie d'aspect inflammatoire en miroir D6-D7 et D7-D8 de la partie antérieure des corps vertébraux, sans toutefois ne mentionner l'époque à laquelle ces atteintes seraient apparues. Quoi qu'il en soit, cette radiologue, ainsi que les autres médecins au dossier, ne tirent aucune conclusion en lien avec ces troubles, que cela soit relativement à la capacité de travail ou aux limitations fonctionnelles de la recourante. Dans ces conditions, même à admettre que ces éléments doivent être pris en considération par la Cour de céans, ils ne permettent pas de retenir une atteinte incapacitante. Quant à son rapport d'IRM cervicale du 11 mars 2021, la Dre W. \_\_\_\_\_ indique qu'il correspond à un comparatif avec l'IRM cervicale du 24 janvier 2019 et note, depuis ce dernier examen, une légère progression de la discopathie dégénérative protrusive circonférentielle au niveau C5-C6 (avec rétrécissement des trous de conjugaison) – trouble déjà connu en 2019 –, ainsi que l'apparition d'une hernie discale C6-C7 paramédiane et d'une atteinte inflammatoire interépineuse C6-C7. A nouveau, cette médecin n'estime pas l'époque de la péjoration, respectivement de la survenance de ces atteintes. Néanmoins, peu importe, le rapport d'IRM du 11 mars 2021 n'attestant pas de troubles incapacitants. En premier lieu, comme l'indique le Dr BB. \_\_\_\_\_ dans son avis SMR du 19 avril 2021, lequel est probant (tel que cela sera discuté ci-dessous ; cf. consid. 6b infra), s'il est exact que ladite IRM montre des troubles dégénératifs du rachis cervical, elle ne recèle cependant aucune information sur d'éventuelles manifestations cliniques découlant de ces observations radiologiques. Au demeurant, les médecins traitants ne font pas état d'un déficit neurologique ou sensitif et / ou moteur au niveau des membres supérieurs, tel que cela ressort

- 21 - notamment des rapports du 2 novembre 2020 du Dr B. \_\_\_\_\_, du 23 novembre 2020 du Dr J. \_\_\_\_\_ et du 14 octobre 2020 du Dr M. \_\_\_\_\_. En second lieu, l'IRM du 11 mars 2021 n'apporte pas de nouvelles informations concernant les limitations fonctionnelles ou la capacité de travail de la recourante. cc) S'agissant enfin du rapport de radiographie du bassin et des hanches du 6 mai 2021 du Dr U. \_\_\_\_\_, celui-ci relève la présence d'une calcification para-trochantérienne droite, avec comme diagnostic différentiel une périarthrite de la hanche. De même, dans ses rapports radiologiques des 26 mai et 3 juin 2021, le Dr EE. \_\_\_\_\_ mentionne l'existence d'une tendinite chronique sur moyen fessier et du pyramidal avec bursite du grand trochanter (prédominant à droite), sans coxarthrose, pour laquelle il a réalisé des infiltrations de dérivés cortisonés à hauteur du grand trochanter (à droite le 26 mai 2021 et à gauche le 3 juin 2021). Le Dr BB. \_\_\_\_\_, dans son avis SMR du 10 août 2021, lequel est probant (cf. consid. 6b infra), précise que les rapports radiologiques des 6 mai, 26 mai et 3 juin 2021 font état d'une inflammation d'une bourse séreuse et des tendons adjacents au niveau des hanches (à droite et à gauche). Il semble

ainsi s'agir d'une nouvelle atteinte survenue au printemps 2021. Néanmoins, le Dr L. \_\_\_\_\_, dans le rapport d'examen du 24 juillet 2017, mentionnait déjà de minimes calcifications périrochantériennes gauches et que la recourante présentait des douleurs des deux grands trochanters, les manœuvres de périarthrite de hanches étant toutefois négatives des deux côtés. De même, par rapport du 30 juin 2020, le Dr M. \_\_\_\_\_ relevait déjà au status une douleur de la péri- hanche gauche au niveau trochantérien à la compression et à la mise en tension des muscles glutéaux. Ainsi, la question du lien existant entre les troubles décrits par les Drs U. \_\_\_\_\_ et EE. \_\_\_\_\_, d'une part, et les Drs L. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_, d'autre part, peut se poser. Cependant, dans son rapport du 6 mai 2021, le Dr U. \_\_\_\_\_ souligne expressément l'absence de lésion ostéoarticulaire significative des deux hanches. Quant au Dr EE. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 3 juin 2021, il relève que les

- 22 - infiltrations réalisées en date du 26 mai 2021 à hauteur du grand trochanter droit ont eu un résultat satisfaisant au niveau périrochantérien, malgré une persistance des douleurs du pli inguinal à droite. De même, à teneur de l'IRM du bassin du 22 juillet 2021, le Dr DD. \_\_\_\_\_ relève l'absence de lésion inflammatoire sur la tubérosité ischiatique gauche et une IRM du bassin dans la norme. On peut dès lors en conclure que les rapports des Drs U. \_\_\_\_\_, EE. \_\_\_\_\_ et DD. \_\_\_\_\_ témoignent d'une demande de soins récente et temporaire, ce qui exclut une modification durable de la situation médicale de la recourante antérieurement à la décision litigieuse. Plus important, les Drs U. \_\_\_\_\_, EE. \_\_\_\_\_ et DD. \_\_\_\_\_ ne fournissent aucune appréciation de la capacité de travail ou des limitations fonctionnelles de la recourante, partant d'éléments propres à démontrer l'existence d'une atteinte incapacitante. 6. Cela posé, il y a lieu d'examiner l'instruction mise en œuvre par l'intimé. a) Aux termes du rapport d'examen du 24 juillet 2017 du SMR, il est reconnu à la recourante une complète incapacité de travail dans son activité habituelle, mais une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ceci à compter du mois de septembre 2015. Il est constant que ledit rapport d'examen SMR a pleine valeur probante, celui-ci respectant les critères posés en la matière par la jurisprudence (cf. consid. 4b et c supra), ce que ne contestent d'ailleurs pas les parties. b) La question litigieuse d'une éventuelle évolution incapacitante de l'état de santé de la recourante survenue entre le rapport d'examen SMR du 24 juillet 2017 et la décision attaquée doit encore être examinée. En effet, la recourante se prévaut d'une absence de stabilisation, voire d'une péjoration, de son état de santé au cours de cette période, attestées par divers rapports médicaux. Il est d'ores et déjà relevé que lesdits documents ont été discutés par le Dr BB. \_\_\_\_\_ dans ses avis SMR des 27 mai 2020, 29 octobre 2020, 25 janvier 2021, 19 avril

- 23 - 2021 et 10 août 2021, lesquels confirment les conclusions du rapport d'examen du 24 juillet 2017 du SMR. Ces avis étant étayés, exhaustifs et clairs, ce qui sera développé ci-dessous (cf. consid. 6b/aa ss infra), il convient d'en reconnaître la valeur probante. aa) A titre liminaire, on constate que les conclusions du rapport d'examen SMR du 24 juillet 2017 sont confirmées par le rapport COPAI du 16 avril 2018 de E. \_\_\_\_\_ et le rapport du 29 mars 2018 du Dr AA. \_\_\_\_\_, établis au terme de quatre semaines de stage d'observation. bb/i) S'agissant des douleurs du rachis lombaire, le Dr L. \_\_\_\_\_ pose, dans son rapport d'examen SMR du 24 juillet 2017, le diagnostic principal de lombosciatalgies gauches dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après hémilaminectomie L5-S1 gauche et discectomie avec stabilisation par implant crescent (CIM- 10 M 54.4). Quant au Dr F. \_\_\_\_\_, il relève, dans son rapport de consultation du 26 février 2019, que

la recourante se plaint d'une lombalgie intense, mais que l'examen clinique est rassurant, en l'absence de déficit neurologique et de la possibilité de marcher sur les talons et les pointes ; néanmoins, la mobilisation des hanches et la palpation au niveau cicatriciel déclenchent une douleur lombaire basse. Ces observations sont superposables à celles mentionnées par le Dr L. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 24 juillet 2017, ce qui est également confirmé par le Dr BB. \_\_\_\_\_ dans ses avis SMR du 27 mai 2020, 29 octobre 2020 et 25 janvier 2021. Dans son rapport de consultation du 26 avril 2019, le Dr F. \_\_\_\_\_ est en mesure de poser le nouveau diagnostic de pseudo-arthrose L5-S1 pour expliquer les douleurs lombaires, lequel a conduit, en date du 30 août 2019, à la réalisation d'une reprise de l'arthrodèse (avec mise en place de vis pédiculaire et greffe postéro-latérale ; cf. rapport du 7 octobre 2019 du Dr F. \_\_\_\_\_). Il s'agit dès lors uniquement d'un diagnostic en lien avec l'atteinte lombaire connue, opérée à deux reprises.

- 24 - ii) Il est constant que les anamnèses des Drs F. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ divergent quant à l'évolution de la situation médicale de la recourante à la suite de l'opération du 30 août 2019. En effet, dès son rapport du 12 mars 2020, confirmé le 9 septembre 2020, le Dr F. \_\_\_\_\_ atteste de l'évolution globalement favorable de la symptomatologie douloureuse ensuite de ladite intervention, la recourante lui ayant indiqué une diminution de la consommation d'antalgiques / inflammatoires et de 50 % de la douleur. Singulièrement, il relève que la recourante lui décrit que son périmètre de marche a doublé, celle-ci étant capable de marcher entre 40 minutes et une heure sans douleur ou difficulté, alors qu'elle était limitée à 20 minutes avant l'intervention. Quant au Dr M. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 4 février 2020, il diagnostique une lombalgie résiduelle dans le contexte d'un status post-spondylodèse L5-S1 (réalisée le 30 août 2019) et un possible dysfonctionnement sacro-iliaque à droite. Il relève que la recourante se plaint d'une douleur du dos permanente, ressentie en position assise et debout statique et accentuée par les mouvements et les efforts sollicitant le rachis. A l'examen, ce médecin fait état d'une statique rachidienne marquée par une rectitude lombosacrée dans le contexte de la fixation par spondylodèse L5-S1, d'une mobilité rachidienne lombosacrée limitée dans toutes les fins d'amplitude (mais sans véritable douleur paravertébrale, ni d'irradiation dans les membres inférieurs), de l'absence de trouble moteur ou de trouble sensitif systématisé, d'un appui monopodal en position debout réalisé des deux côtés et d'une marche sur les pointes et les talons réalisée avec une accentuation de la douleur para-lombo-sacrée droite à la mise en charge du membre inférieur droit. Ce médecin n'indique rien de plus dans son rapport du 30 juin 2020, lequel traite essentiellement de la douleur de la hanche de la recourante. Enfin, aux termes de son rapport du 14 octobre 2020, il note quelques différences à l'examen clinique. S'il relève la statique rachidienne marquée par une rectitude lombosacrée, il précise qu'en sont consécutives une diminution de la mobilité lombosacrée et une sensibilité lombaire basse persistante. De même, la

- 25 - marche sur la pointe et les talons est difficile du fait de l'accentuation de la douleur plantaire et para-lombo-sacrée droite. Ce médecin ne modifie toutefois pas le traitement antalgique et recommande que la physiothérapie soit poursuivie dans l'objectif d'un renforcement musculaire proprioceptif du dos. Enfin, il relève que les limitations fonctionnelles doivent être évaluées par une expertise médicale. En l'occurrence, l'on doit admettre qu'ensuite de l'opération du 30 août 2019, les douleurs lombaires de la recourante sont, à tout le moins, comparables à celles retenues dans le rapport d'examen du 24 juillet 2017 du SMR. En effet, le status décrit par le Dr M. \_\_\_\_\_, dans ses rapports du 4

février et 30 juin 2020, est superposable à celui mentionné dans le rapport d'examen SMR du 24 juillet 2017, lequel est par ailleurs plus étayé et complet. Tel est également le cas pour le rapport du 14 octobre 2020 du Dr M. \_\_\_\_\_, dans lequel celui-ci ajoute que la statique rachidienne est marquée par une rectitude lombosacrée, dont découle une diminution de la mobilité lombosacrée et une sensibilité lombaire basse persistante. Or, le Dr L. \_\_\_\_\_ est également parvenu à la conclusion, dans son rapport d'examen du 24 juillet 2017, qu'au plan rachidien, il existait de discrets troubles statiques du rachis, que la mobilité lombaire était diminuée et que la flexion lombaire et la rétroflexion du tronc à 10° entraînaient des douleurs de la charnière lombosacrée. La seule différence substantielle indiquée au status par le Dr M. \_\_\_\_\_, en comparaison avec le rapport d'examen du 24 juillet 2017, est que la marche sur la pointe et les talons était difficile. Toutefois, cette difficulté est en partie causée par l'accentuation de la douleur plantaire et non seulement par les douleurs para-lombo-sacrées droites. Les différents rapports du Dr M. \_\_\_\_\_ ne sont ainsi pas propres à démontrer une péjoration de l'atteinte lombaire depuis le rapport du 24 juillet 2017 du SMR. On précisera encore que s'agissant de l'allégation de douleurs, respectivement d'absence d'atténuation ou de disparition de douleurs après un traitement, la jurisprudence prévoit que les seules plaintes subjectives exprimées par une personne assurée ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. C'est dans le but d'assurer une égalité de traitement entre les assurés et compte tenu des

- 26 - difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs que le droit à des prestations de l'assurance sociale suppose que l'allégation de douleurs corrèle à des observations médicales concluantes (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 ; TF 8C\_755/2020 du 19 avril 2020 consid. 4.4). Au vu de ce qui précède, on ne peut que constater que l'opération du 30 août 2019 a, au mieux, amélioré l'état de santé de la recourante – selon l'opinion du Dr F. \_\_\_\_\_ – et, au pire, n'a eu aucune conséquence substantielle sur les douleurs du rachis lombaire – si on se réfère aux avis du Dr M. \_\_\_\_\_. Cependant, déterminer s'il y a eu amélioration ou stabilisation de la symptomatologie douloureuse est en l'espèce une question qui peut demeurer indécidée. En effet, les Drs F. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ ne font aucunement état d'une modification de la capacité de travail de la recourante. Pour ce qui est des limitations fonctionnelles, le Dr M. \_\_\_\_\_ se contente de souligner la nécessité d'une expertise (cf. rapport du 12 octobre 2020). Or, ces restrictions ont déjà fait l'objet d'un examen approfondi contenu dans le rapport d'examen SMR du 24 juillet 2017. De même, les éléments médicaux pertinents à la date du 31 août 2020 ne permettent pas de retenir que celles-ci ne seraient plus d'actualité. Quant au Dr F. \_\_\_\_\_, il énumère, dans son rapport du 1er octobre 2020, que la recourante ne peut pas porter de charge en dessus de 5 kg, doit éviter les positions statiques avec hyperextension de la nuque, ainsi que les mouvements répétitifs et les stations assise et debout prolongées. Ces limitations n'entrent pas en contradiction avec celles prises en compte dans le rapport d'examen du 24 juillet 2017. Au demeurant, les deux médecins traitants susmentionnés se sont déterminés à de nombreuses reprises, le Dr F. \_\_\_\_\_ ayant notamment été invité plusieurs fois par l'intimé à se prononcer – ce qu'il a fait en date du 19 décembre 2019. Il est par ailleurs rappelé à la recourante son devoir de collaborer à l'instruction de la cause (cf. ATF 119 V 347 consid. 1), de sorte qu'elle ne saurait rien tirer du grief selon lequel l'intimé aurait manqué à son obligation d'instruire, car il n'aurait pas invité expressément certains médecins au dossier à communiquer ou à préciser leurs appréciations.

- 27 - En définitive, les rapports des Drs F. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ ne contiennent pas d'éléments médicaux de nature à modifier l'appréciation de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles de la recourante, telles que définies dans le rapport d'examen du 24 juillet 2017 du SMR. iii) La même conclusion s'impose également s'agissant du rapport du 1er avril 2020 du Dr N. \_\_\_\_\_, lequel estime nulle la capacité de travail de la recourante dans toute activité, mentionnant notamment les lombalgies basses résiduelles après l'opération du 30 août 2019, mais également des douleurs cervicales, une gonalgie à gauche et des douleurs aux pieds. Ce médecin ne motive néanmoins pas son appréciation, notamment par le résultat d'examens objectifs, se contente de reprendre le rapport du 4 février 2020 du Dr M. \_\_\_\_\_ et ne se prononce pas sur les limitations fonctionnelles de la recourante. Par conséquent, son rapport du 1er avril 2020 ne saurait être considéré comme probant. cc) S'agissant des douleurs du rachis dorsal, la recourante se prévaut d'une nouvelle hernie discale D7-D8 paramédiane droite (cf. rapports d'IRM dorsolombaire des 19 décembre 2018 et 14 octobre 2020 et rapport du 19 février 2019 du Dr N. \_\_\_\_\_). Celle-ci justifierait déjà de lui reconnaître une incapacité de travail de 50 %, selon la Dre I. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 11 janvier 2019). En l'occurrence, les rapports des 11 janvier 2019 de la Dre I. \_\_\_\_\_ et 19 février 2019 du Dr N. \_\_\_\_\_ décrivent essentiellement des douleurs lombaires déjà connues et prises en compte par le médecin du SMR dans son rapport du 24 juillet 2017, tel que le retient également le Dr BB. \_\_\_\_\_ dans ses avis SMR du 27 mai 2020, 29 octobre 2020 et 25 janvier 2021. De surcroît, le status actuel ne démontre pas de traduction clinique de l'image de cette hernie. En effet, les autres médecins consultés ne rapportent pas d'atteinte à ce niveau, tel que notamment le Dr M. \_\_\_\_\_ (cf. not. rapports des 4 février 2020, 30 juin 2020 et 14 octobre 2020), ou de déficit neurologique correspondant à cette hernie (cf. not. rapports des 26 février 2019 du Dr F. \_\_\_\_\_ et 23 novembre 2020 du Dr J. \_\_\_\_\_, dans lequel ce dernier

- 28 - indique notamment que le status neurologique montre une bonne sensibilité et de bons réflexes ostéotendineux au niveau des membres inférieurs, une absence de déficit au testing de la force et des manœuvres de Lasègue et Lèri, ainsi que des tests ULNT I et II négatifs). De même, si le Dr B. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 2 novembre 2020, s'interroge sur le lien pouvant exister entre le clonus du pied droit de la recourante et ladite hernie discale dorsale, il propose une investigation par IRM cérébrale, dont le résultat est inconnu. Quoiqu'il en soit, le rapport d'IRM dorsale du 14 octobre 2020 de la Dre W. \_\_\_\_\_, décrivant une petite hernie paramédiane droite D7-D8, sans contact radiculaire actuellement identifiable, permet de conclure, selon l'avis SMR du 25 janvier 2021 du Dr BB. \_\_\_\_\_, à l'absence de conflit radiculaire de ladite hernie avec le cordon médullaire ou une racine nerveuse. Enfin, il est relevé que la hernie discale D7-D8 n'a pas suscité de démarche thérapeutique spécifique. Au vu de ce qui précède, les éléments au dossier sont suffisants pour écarter que ladite hernie discale paramédiane D7-D8 ait eu une répercussion incapacitante sur l'état de santé de la recourante. dd) S'agissant des douleurs du rachis cervical, le Dr F. \_\_\_\_\_ relève, dans son rapport du 12 mars 2020, qu'à l'IRM, on retrouvait des discopathies dégénératives cervicales, non inflammatoires, avec des sténoses modérées au niveau des foramens en C4-C5 et C5-C7 (voire C6-C7), mais qu'il n'y avait pas de radiculopathie ou de myélopathie, relevant en outre que l'examen clinique et des membres supérieurs était tout à fait rassurant. Par rapport du 9 septembre 2020, ce médecin indique l'apparition de douleurs cervicales et avoir fait réaliser une IRM, laquelle retrouvait des discopathies cervicales avec des petites protrusions discales. Quant au Dr M. \_\_\_\_\_, il se contente de poser le diagnostic de cervicalgie sur cervicodiscarthrose C4-C5 et C5-C6 dans ses rapports

des 4 février, 30 juin et 14 octobre 2020. Tel que mentionné par le Dr BB. \_\_\_\_\_ dans ses avis SMR du 27 mai et 29 octobre 2020, le Dr L. \_\_\_\_\_ connaissait et a pris en

- 29 - considération les cervicalgies au niveau du diagnostic – retenant des cervicalgies sur troubles statiques et dégénératifs du rachis (CIM-10 M 54.2) – et des limitations fonctionnelles dans son rapport d'examen du 24 juillet 2017. A défaut pour les Drs F. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ de se prononcer sur la capacité de travail ou les limitations fonctionnelles de la recourante – tel que cela a déjà été discuté ci-dessus (cf. consid. 6b/bb/ii supra) –, il n'existe aucun élément médical nouveau, respectivement propre, à remettre en question les conclusions du rapport d'examen du 24 juillet 2017. ee) Enfin, la mention par la recourante de son prochain rendez-vous avec un neurochirurgien pour discuter la possibilité de poser plusieurs prothèses discales ne suffit pas à démontrer un changement de sa capacité de travail. ff) S'agissant des douleurs aux pieds, le Dr M. \_\_\_\_\_, dans ses rapports des 4 février, 30 juin et 14 octobre 2020, diagnostique une platypodie. De même, le Dr V. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 29 mai 2020, pose un nouveau diagnostic de maladie de Haglund, indiquant entendre effectuer une IRM des deux pieds en raison d'une suspicion de névrome de Morton et afin de rechercher de signes cliniques pour une exostose de Haglund. Or, par rapport d'IRM de la cheville et / ou du pied gauche du 8 juin 2020, le Dr D. \_\_\_\_\_ conclut à l'absence d'argument en faveur d'un névrome de Morton et à la présence d'une minime tendinopathie d'insertion sur le versant externe du tendon d'Achille. Les diagnostics de platypodie et d'exostose d'Haglund – ce dernier étant étayé par les deux rapports des 29 mai et 8 juin 2020 – pourraient ainsi expliquer les douleurs aux pieds décrites par la recourante depuis le début de l'année 2020. Toutefois, les Drs M. \_\_\_\_\_, V. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ n'indiquent pas en quoi ces nouveaux diagnostics impacteraient l'état de santé de la recourante, partant sa capacité de travail. Il n'y a pas d'élément indiquant de nouvelles limitations

- 30 - fonctionnelles ou induisant une modification de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, telles que définies à l'issue de l'examen du SMR du 24 juillet 2017. La même conclusion s'impose s'agissant de la prescription du 10 juin 2021 de la Dre JJ. \_\_\_\_\_, qui recommande uniquement le port en permanence de supports plantaires. gg) S'agissant du genou, le Dr M. \_\_\_\_\_ retient une douleur du genou gauche sur chondropathie fémoro-patellaire et fémoro-tibiale, une dégénérescence méniscale et kyste poplité relativement volumineux et un status post-chirurgie arthroscopique du genou gauche en novembre 2016 (cf. rapports des 4 février, 30 juin et 14 octobre 2020). De même, le Dr HH. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 11 février 2021, indique que la gonarthrose du genou gauche de la recourante justifie une injection d'acide hyaluronique chaque six mois. Il est déjà indiqué que, dans son rapport du 4 février 2020, le Dr M. \_\_\_\_\_ décrit au status une sensibilité fémoro-patellaire du genou gauche, accentuée lors de la mobilisation en contrainte rotulienne et en charge, sans épanchement articulaire significatif et de kyste poplité, alors que, dans ses rapports des 30 juin et 14 octobre 2020, il mentionne seulement une sensibilité fémoro-patellaire bilatérale plus marquée au genou gauche et l'absence d'épanchement intra-articulaire significatif. Dans les deux cas, ce status est superposable à celui décrit par le Dr L. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 24 juillet 2017, lequel relève notamment que la recourante présente un syndrome rotulien gauche, mais pas de signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique, et que la mobilisation de la hanche gauche entraîne des douleurs du genou gauche, surtout aux rotations. Pour ce qui est du Dr HH. \_\_\_\_\_, il n'effectue aucune appréciation médicale de la capacité de travail. Il

n'existe ainsi aucun élément nouveau sur le plan strictement médical. En ce qui concerne la hanche et l'épaule, le Dr M. \_\_\_\_\_, dans ses rapports du 30 juin et 14 octobre 2020, établit un nouveau diagnostic, en comparaison avec son rapport initial du 4 février 2020, de douleur de la péri-hanche gauche sur insertionite distale trochantérienne et précise son diagnostic de l'épaule, retenant une douleur de l'épaule

- 31 - (droite, et dans une moindre mesure, gauche) sur arthrose acromio-claviculaire et d'un conflit sous-acromial impactant une tendinopathie du sus-épineux avec lame d'épanchement dans la bourse sous-acromio-deltoïdienne et sous-coracoïdienne s'agissant de l'épaule droite. En l'occurrence, le Dr L. \_\_\_\_\_ a tenu compte, dans son rapport du 24 juillet 2017, des gonalgies du genou gauche – retenant à l'anamnèse que ces douleurs existent depuis le mois de juin 2016, et posant notamment le diagnostic de syndrome rotulien gauche (dans le cadre d'une chondropathie fémoro-patellaire de grade II à III, d'un status après résection partielle du bord libre du corps du ménisque externe par voie arthroscopique et d'un status après ponction-aspiration et infiltration d'un kyste de Baker rompu ; CIM-10 M 17) –, ainsi que des douleurs de épaule et de la hanche – diagnostiquant un probable conflit fémoro-acétabulaire gauche (CIM-10 M 16), ainsi qu'une périarthrite scapulo-humérale droite avec tendinopathie du sus-épineux et probable tendinopathie du long chef du biceps droit (CIM-10 M 75). De même, ce médecin SMR a retenu des limitations fonctionnelles spécifiques des membres inférieurs – notamment en lien avec les gonalgies, soit d'éviter les genuflexions répétées, le franchissement d'escabeau ou d'échelle, le franchissement régulier d'escaliers et la marche en terrain irrégulier – et du membre supérieur droit. Finalement, les Drs M. \_\_\_\_\_ et HH. \_\_\_\_\_ ne se sont pas prononcés sur le caractère incapacitant des atteintes au genou, à l'épaule et à la hanche, pas plus que sur l'existence d'éventuelles limitations fonctionnelles, de sorte que leurs rapports susmentionnés ne sont pas de nature à remettre en question les conclusions du rapport d'examen SMR du 24 juillet 2017. hh) S'agissant du diagnostic de fibromyalgie posé par le Dr J. \_\_\_\_\_, dans ses rapports du 23 novembre et 3 décembre 2020, celui-ci indique que la recourante présente un tableau douloureux multifocal, n'incluant pas seulement le rachis, mais également le corps entier, et précise que les douleurs sont associées à un déconditionnement

- 32 - musculaire focal et global, se traduisant par des dysbalances musculaires prédominant au niveau de la chaîne antérieure. Il est tout d'abord relevé que le Dr J. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 23 novembre 2020, fait état des mêmes types d'atteintes – soit lombaires, cervicales, du genou, de l'épaule, de la hanche et des pieds – que celles décrites par les autres médecins consultés. Il pose ensuite le diagnostic de fibromyalgie. Selon la jurisprudence, un spécialiste en rhumatologie dispose d'une certaine compétence d'appréciation en relation avec un tableau clinique de troubles psychosomatiques, dans la mesure où les états rhumatologiques douloureux ne se différencient souvent guère des symptomatologies somatoformes. Il a ainsi la faculté de se prononcer sur le caractère invalidant des douleurs alléguées, mais il doit alors s'exprimer sur la nécessité de recueillir un avis psychiatrique (TF 9C\_422/2016 du 23 janvier 2017 consid. 5.3.1 ; TF 9C\_621/2010 du 22 décembre 2010 consid. 2.2.2, résumé in RSAS 2011 299 ; TFA I 704/03 du 28 décembre 2004 consid. 4.1.1). En l'occurrence, dans le rapport d'examen SMR du 24 juillet 2017, le Dr L. \_\_\_\_\_ – lequel est un spécialiste en rhumatologie, titre dont ne peut se prévaloir le Dr J. \_\_\_\_\_ – objective chacune des atteintes somatiques de la recourante, se fondant sur une anamnèse complète et les résultats objectifs de divers examens, et

mentionne expressément que la recourante ne présente des douleurs à la palpation qu'à sept des dix-huit points typiques de la fibromyalgie, ce nombre étant bien insuffisant pour poser ce diagnostic. Ces constatations ont pour corollaire que le Dr L. \_\_\_\_\_ considère implicitement, par éviction du diagnostic de fibromyalgie, qu'en l'espèce, une expertise psychiatrique ne s'impose pas – ce que ne sollicite par ailleurs pas la recourante. De même, les médecins traitants de la recourante, en particulier les Drs N. \_\_\_\_\_, I. \_\_\_\_\_, F. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ – lequel, rhumatologue, retient pourtant la coexistence de multiples diagnostics rhumatologiques – ne mentionnent pas le diagnostic de fibromyalgie, ceci depuis 2016, et objectivent également les diverses atteintes de la recourante. Enfin, le Dr J. \_\_\_\_\_ se limite à observer que les capacités fonctionnelles et de travail de la recourante sont certainement fortement limitées par le manque de ressources sur le plan psychique (focalisation

- 33 - sur les douleurs) et physique (réclusion). Il n'apprécie cependant pas la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de la recourante. Par conséquent, les rapports des 23 novembre et 3 décembre 2020 du Dr J. \_\_\_\_\_ ne suffisent pas à remettre en question les conclusions du rapport d'examen SMR du 24 juillet 2017. ii) Pour le surplus, le rapport du 19 juillet 2021 de la Dre I. \_\_\_\_\_ n'est pas relevant, dans la mesure où il correspond à un condensé de certains des diagnostics posés par les médecins traitants, de certaines des IRM effectuées et de quelques traitements réalisés, sans aucune appréciation médicale objectivée. c) Eu égard à ce qui précède, il n'existe pas au dossier d'élément de nature à remettre en question les conclusions du rapport d'examen SMR du 24 juillet 2017, lesquelles doivent dès lors être confirmées. En particulier, les documents remis par la recourante et ses médecins traitants n'attestent pas d'une atteinte ou d'une péjoration de l'état de santé antérieures à la décision attaquée qui auraient été ignorées ou mal évaluées. Par conséquent, on ne saurait reprocher à l'intimé une violation de son obligation d'instruire, partant lui renvoyer la cause pour qu'il procède à un complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire. 7. Reste finalement à vérifier le calcul du degré d'invalidité. a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle

- 34 - du droit à la rente (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). Quant au revenu avec invalidité, il peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). b) En l'occurrence, on comprend des déclarations de la recourante contenues dans le rapport initial du 26 juillet 2016, que si elle avait été en bonne santé, elle aurait cherché un emploi à 100 %. Il convient dès lors de calculer son revenu sans invalidité sur cette base, de

sorte qu'il s'élevait, pour l'année 2016 – époque qui correspond à l'ouverture théorique du droit à la rente –, à 48'533 fr. ([2'400 fr. x 42 h] / 27 h x 13), compte tenu du salaire de 2'400 fr. correspondant à 27 heures de travail hebdomadaire sur un horaire dans la branche de 42 heures à 100 %, 13e salaire en sus (cf. attestation de l'employeur du 30 mai 2016). Comparé au revenu avec invalidité défini sur la base de l'ESS, soit un montant de 38'207 fr.

(s'agissant d'une femme pouvant exercer des activités non qualifiées du domaine de la production et des services à un taux de 70 % pour l'année 2016), le degré d'invalidité de la recourante est dès lors de 21 % – et non de 0 %, tel que le prévoit la décision litigieuse. Si ce taux n'ouvre pas le droit à une rente, il est néanmoins supérieur au seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à une mesure de reclassement (ATF 139 V 399 consid. 5.3 et 5.5 ; 124 V 108 consid. 2a). Outre que la recourante n'y conclut pas, il n'apparaît pas, selon toute vraisemblance, que de telles mesures seraient susceptibles de maintenir ou améliorer sa capacité de gain de manière notable. 8. Les pièces au dossier permettant de statuer en pleine connaissance de cause, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire

- 35 - sur les aspects rhumatologique, neurochirurgical et orthopédique est superflue et ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et 134 I 140 consid. 5.2 avec les références citées). 9. a) En définitive, le recours de H. \_\_\_\_\_ doit être rejeté. Partant, la décision du 31 août 2020 est confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires mis à sa charge sont provisoirement supportés par l'Etat. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). d/aa) Conformément à l'art. 2 al. 1 RAJ (règlement vaudois sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; BLV 211.02.3), le conseil juridique commis d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office, le juge appréciant l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et appliquant un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat, de 110 fr. pour un avocat-stagiaire, de 140 fr. pour un agent d'affaires breveté et de 90 fr. pour un employé agréé d'agent d'affaires breveté (art. 2 al. 1 let. a et b RAJ). L'octroi de l'assistance judiciaire crée une relation de droit public cantonal entre l'avocat et l'Etat. Il s'agit en effet de la prise en charge d'une mission étatique visant la protection des indigents, raison

- 36 - pour laquelle la partie représentée n'a pas le droit de changer de conseiller juridique sans l'autorisation de l'Etat et sans des raisons objectives pouvant faire penser qu'une représentation appropriée de ses intérêts n'est plus garantie par l'avocat désigné par l'Etat (ATF 140 I 70 consid. 6.1 et 6.2). En particulier, sont seuls autorisés à assister gratuitement une partie au sens de l'art. 37 al. 4 LPGA les avocats brevetés qui – aussi longtemps qu'ils ne sont pas employés par une organisation reconnue d'utilité publique – remplissent par analogie les conditions personnelles pour être inscrits au registre au sens de l'art. 8 al. 1 LLCA (loi fédérale du 23 juin 2000 sur la libre circulation des avocats ; RS 935.61). L'avocat inscrit au tableau cantonal peut toutefois déléguer à l'avocat-stagiaire les tâches

impliquant la rédaction de mémoire et d'actes de procédures, ainsi que la représentation des parties en justice pour autant qu'il en assume la supervision, la direction et la responsabilité (art. 28 ss LPav [loi cantonale vaudoise du 9 juin 2015 sur la profession d'avocats ; BLV 177.11]). Au demeurant, une décision du juge de réduire la note d'honoraires présentée par le mandataire désigné d'office de la part d'honoraires correspondant à l'activité déployée par un collègue de la même étude d'avocats au bénéfice d'un pouvoir de substitution en vertu d'une convention interne à l'étude alors qu'aucune autorisation judiciaire pour cette substitution n'avait été demandée et obtenue, n'a pas été qualifiée d'arbitraire selon le Tribunal fédéral (ATF 141 I 70 consid. 6). Dans un arrêt du 9 novembre 2020, la Cour de céans, statuant par voie de coordination au sens de l'art. 38 ROTC (règlement organique du Tribunal cantonal du 13 novembre 2007 ; BLV 173.31.1), a prononcé qu'en l'absence d'autorisation judiciaire préalable, les opérations déléguées par le conseil d'office à un autre avocat titulaire d'un brevet, qu'il soit collaborateur, associé ou simple confrère, ne seront plus indemnisées, sous réserve de circonstances particulières (TC CASSO – PP 6/19 – 37/2020). bb) En l'occurrence, Me Benjamin Schwab peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office (art. 118 al. 1 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] applicable par

- 37 - renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD), tel qu'il lui a été confié par ordonnance du 6 octobre 2020 de la juge instructrice. La liste des opérations déposée le 23 juillet 2021 fait état d'un total de 22 heures 25 facturables, avec application d'un tarif horaire de 180 fr., réparties comme suit : - 10 minutes effectuées par Me Benjamin Schwab ; - 10 heures 05 effectuées par Me Mathilde Pralong, laquelle était inscrite au registre des avocats vaudois entre le 1er avril 2019 et le 1er juillet 2020 et a effectué des opérations entre les 1er octobre et 12 octobre 2020 ; - 11 heures 05 effectuées par Me Lisa Hunston, laquelle était inscrite audit registre entre le 1er juillet 2020 et le 1er juin 2021 et a procédé dans l'affaire en cause entre le 2 novembre 2020 et le 7 mai 2021 ; - 1 heure 05 effectuées par Me Vanessa Lucas, bénéficiaire du brevet d'avocat depuis le mois d'octobre 2018, inscrite au registre des avocats vaudois depuis le 1er juillet 2021 et ayant traité de l'affaire en cause entre le 16 mai et le 5 juillet 2021. Il ressort de ce qui précède que Mes Pralong, Hunston et Lucas étaient toutes trois avocates brevetées en l'étude de Me Schwab lorsqu'elles ont agi dans la présente cause et facturé leurs opérations. En l'absence de toute requête ou information à l'autorité judiciaire quant à ces substitutions répétées de conseil, il convient dès lors de retrancher de la liste des opérations celles accomplies par ses trois avocates, conformément à la jurisprudence susmentionnée. Par conséquent, il ne peut qu'être constaté que Me Benjamin Schwab a consacré 10 minutes à son mandat d'office, de sorte que son indemnité est arrêtée à 33 fr. 95, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ).

- 38 - e) La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).