

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 février 2015

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mmes Thalmann et Dessaux, juges
Greffière : Mme Brugger

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourante, représentée par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

U._____, à Vevey, intimé.

Art. 6, 7 et 8 LPGA; 4, 7 al. 2 let. d et 28 LAI

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], sans formation, mère d'une fille née en [...], a travaillé en qualité de gérante-vendeuse auprès de [...] à plein temps du 1^{er} février 2006 au 31 mai 2007 (date à laquelle elle a été licenciée en raison de la faillite de la société). A ce titre, elle touchait un salaire mensuel de 3'800 francs. Elle a ensuite bénéficié des prestations de l'assurance-chômage, puis du revenu d'insertion. Le 1^{er} février 2010, elle a déposé une demande de prestations de l'AI, en faisant état d'une luxation de la hanche existant depuis la naissance générant des douleurs aiguës et des difficultés à la marche.

Interpellée sur la question de savoir à quel taux elle travaillerait sans atteinte à la santé, l'assurée a indiqué 100%, comme vendeuse, par nécessité financière (formulaire de détermination du statut du 18 février 2010).

Dans un rapport à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) du 22 février 2010, le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de coxarthrose sur dysplasie congénitale de la hanche gauche. Il a fait état d'une évolution progressivement défavorable des douleurs de la hanche gauche, avec un périmètre de marche actuellement raccourci malgré un traitement conservateur bien suivi. La patiente était incapable de monter les escaliers avec la hanche gauche ni de se couper les ongles des pieds. Pour le Dr G._____, le pronostic était défavorable jusqu'à l'implantation d'une prothèse totale de la hanche, intervention que l'assurée refusait actuellement au vu de son jeune âge, préférant poursuivre un traitement conservateur malgré les douleurs, ses activités de vendeuse devenant impossibles. De l'avis du Dr G._____, une implantation de prothèse de la hanche pourrait avoir comme effet une reprise partielle de ses activités professionnelles 3 à 6 mois post-

opératoires. L'incapacité de travail était totale dans l'activité de vendeuse depuis le 31 août 2009, date du dernier contrôle. L'assurée pouvait exercer une activité uniquement en position assise à raison de 4 heures par jour, au taux de 80%, également à compter du 31 août 2009.

Dans son rapport du 9 avril 2010, le Dr R. _____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a relevé que l'opération de la hanche refusée par l'assurée était exigible. Il a par ailleurs noté que l'incapacité de travail durable avait débuté en août 2009, que la capacité de travail était nulle dans l'activité de vendeuse, et de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, savoir : pas de marche ni de position debout, pas d'escaliers, pas de position assise de plus de 4 heures.

A l'occasion d'un entretien téléphonique du 14 avril 2010 avec une collaboratrice de l'OAI, le Dr R. _____ du SMR lui a confirmé que la capacité de travail serait entière avec une prothèse totale de la hanche. La collaboratrice a alors contacté l'assurée par téléphone pour l'en informer. Cette dernière a répété qu'elle ne pouvait pas travailler du tout et qu'elle ne souhaitait pas subir l'opération en question.

L'OAI a alors réinterpellé le Dr P. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en charge du suivi orthopédique de l'assurée. Ce spécialiste a fait savoir à l'OAI le 23 octobre 2010 que l'assurée n'avait plus été revue dans le service depuis le 31 août 2009 et qu'il ne pouvait dès lors répondre aux questions posées.

A la demande de l'OAI, l'assurée a répondu le 16 décembre 2010 par la négative à la question de savoir si, mis à part le Dr P. _____, elle avait actuellement un médecin traitant.

Le 28 février 2011, l'OAI s'est adressé à l'assurée afin de l'informer que d'après son SMR, l'opération proposée par le Dr P. _____ consistant en la pose d'une prothèse totale de la hanche lui permettrait

d'améliorer sa capacité de travail. L'OAI relevait qu'actuellement, sa capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée, alors qu'après cette opération, elle atteindrait 80% selon le SMR, ce qui réduirait son préjudice économique et n'ouvrirait plus le droit à la rente. L'assurée était donc rendue attentive à la teneur de l'art. 21 al. 4 LPGA, et priée de prendre position d'ici au 30 mars 2011 sur l'opération que l'OAI lui demandait de subir.

L'assurée a consulté Me Olivier Carré, qui a annoncé son mandat le 26 mars 2011 à l'OAI et demandé une prolongation du délai accordé à sa mandante pour prendre position sur l'opération.

Le 6 mai 2011, l'assurée, par son conseil, a indiqué qu'un chirurgien lui avait déconseillé, dans la situation d'une femme de son âge, de procéder à la pose d'une prothèse totale de la hanche, la longévité de la prothèse n'étant pas garantie et la prothèse pas toujours aisée à remplacer.

Le 17 mai 2011, le conseil de l'assurée a fait savoir à l'OAI que sa cliente avait été victime d'un accident de voiture en [...], par choc arrière, et décrivait des symptômes s'apparentant à ceux d'un « whiplash syndrom », indiquant souffrir également d'un tassement de trois vertèbres cervicales.

Le 27 mai 2011, l'avocat de l'assurée a transmis à l'OAI un rapport du 25 mai 2011 du Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et a requis des investigations complémentaires. Dans son rapport, le Dr N._____ a diagnostiqué une luxation de la hanche d'origine congénitale avec malformation de l'extrémité supérieure du fémur et du bassin (cotyle) avec une usure de la hanche chez une jeune femme. Il a déploré l'absence de donnée clinique et d'examens d'imagerie depuis le 31 août 2009, estimant le dossier lacunaire. Il a en outre relevé que tant que la question de la lésion rachidienne n'était pas étudiée, la question d'un accord à une intervention orthopédique de la hanche ne pouvait pas se poser. Pour le Dr

N._____, il n'y avait aucune urgence à opérer le type de maladie présenté par l'assurée, ce médecin mettant en avant plusieurs risques et effets secondaires du traitement, savoir la luxation de la prothèse implantée, l'infection de la prothèse, son descellement, son usure, la fracture du matériel, les fractures des os autour de la prothèse, des lésions nerveuses et vasculaires, des complications musculaires, des douleurs résiduelles, des ossifications péri-prothétiques, le risque anesthésique, l'utilisation raisonnable de la prothèse, l'aspect esthétique, la rééducation, la limitation des amplitudes articulaires et le coût de l'intervention. Pour le Dr N._____, la patiente ne pouvait donner son consentement éclairé à l'intervention, estimant qu'il n'était pas envisageable pour un chirurgien d'opérer un patient qui se soumettrait à une intervention sous l'effet d'une pression extérieure, de quelque nature que ce soit.

Le 21 juin 2011, l'OAI a imparti à l'assurée, par son conseil, un délai au 19 août 2011 pour lui fournir des rapports médicaux relatifs à l'accident [du 17 avril 2011] et au suivi médical mis en place. Il a en outre relevé qu'à défaut de pièces fournies dans le délai, et si le caractère exigible de l'opération était confirmé par le SMR, il rendrait un projet de décision de rente limitée dans le temps comme annoncé le 28 février 2011.

Par avis du 30 juin 2011, le Dr Q._____ du SMR a relevé que la mise en place d'une prothèse de hanche était une mesure exigible si elle était médicalement indiquée. En l'occurrence, l'indication à la mise en place avait été posée par le Dr G._____ sur la base des constatations faites en août 2009. L'évolution naturelle de la maladie allant dans le sens d'une péjoration progressive, il ne faisait aucun doute que l'indication opératoire persistait.

Le 18 août 2011, le conseil de l'assurée a transmis à l'OAI des rapports en [...] relatifs à l'événement d'avril 2011. Il a également joint un rapport du 5 juin 2011 du Dr N._____, qui déplorait que le médecin du SMR puisse exiger de la patiente qu'elle se soumette à une intervention

chirurgicale sans l'avoir rencontrée. Le Dr N._____ doutait en outre que la capacité de travail post-opératoire puisse être fixée.

Par avis du 5 octobre 2011, le Dr Q._____ du SMR a relevé qu'il était admis que la pose d'une prothèse de hanche était une mesure exigible. Il a ajouté avoir reconnu une incapacité de travail totale comme vendeuse et une exigibilité de 50% dans une activité adaptée. La mise en place d'une prothèse de hanche était de nature à soulager les douleurs de l'assurée et améliorer sa capacité de travail à moyen terme. Les risques infectieux étaient inférieurs à 0,5% pour ce type d'opération et les résultats jugés satisfaisants dans plus de 85% des cas pendant 10-15 ans. On pouvait raisonnablement s'attendre à une capacité de travail de l'ordre de 80-100% six mois après l'intervention, dans une activité légère, essentiellement assise mais permettant l'alternance des positions et de courtes déambulations, sans montée/descente répétée d'escaliers, escabeau, échelle, échafaudage, ni marche en terrain inégal. Quant aux documents en [...] relatifs à l'accident du 17 avril 2011, ils faisaient état d'une entorse cervicale sans lésion osseuse; en l'absence d'autre information quant au suivi, le Dr Q._____ suggérait que le médecin traitant de l'assurée en Suisse soit interrogé à ce sujet.

Le 21 novembre 2011, l'avocat de l'assurée a indiqué qu'elle était de retour en Suisse depuis le 15 novembre 2011, étant d'abord resté en [...] à la suite de son accident. Elle était suivie en Suisse par le Dr N._____. A la suite de l'accident d'avril 2011, elle avait dû porter une minerve durant plusieurs semaines. Au plan professionnel, elle attendait le début de la scolarité de sa fille, en 2012, pour reprendre une activité à temps partiel dans l'entreprise de son compagnon.

Sur requête de l'OAI, le Dr N._____ lui a adressé un rapport le 7 décembre 2011, dans lequel il a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de coxarthrose gauche sur luxation congénitale de la hanche existant depuis la naissance et de traumatisme du rachis cervical depuis le 17 avril 2011.

L'OAI a mis en œuvre une enquête ménagère au domicile de l'assurée, qui a eu lieu le 18 janvier 2012. Dans son rapport du 24 janvier 2012, l'enquêtrice a relevé que l'assurée affirmait avoir toujours travaillé à 100%. Elle a estimé le statut de 100% active justifié chez cette assurée pas mariée qui vivait avec un compagnon qui rencontrait des difficultés financières comme indépendant. L'enquêtrice a relevé que les empêchements ménagers étaient de 32,4%, principalement en raison des difficultés rencontrées dans l'entretien du logement en raison de l'atteinte à la hanche.

Le Dr N._____ ne s'étant pas prononcé sur la capacité de travail dans son rapport à l'OAI du 7 décembre 2011, l'OAI lui a adressé un nouveau questionnaire. Le 10 mai 2012, le Dr N._____ a à nouveau retenu le diagnostic de coxarthrose gauche sur dysplasie congénitale de la hanche, ainsi que ceux posés dans le rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) cervicale du 24 novembre 2011 de la Dresse [...], spécialiste en radiologie, existant depuis le 17 avril 2011 (hernie discale postéromédiane légèrement luxée inférieurement modérément sténosante et remaniements spondylarthrosiques en C5-C6, hernie discale postéromédiane légèrement luxée inférieurement légèrement sténosante en C6-C7, protrusion discale postéromédiane légèrement sténosante en C7-D1, sténose foraminale étagée en C3-C4 et de C5-C6 à C6-C7 particulièrement marquée en C5-C6 des deux côtés). Il a en outre fait état d'un pronostic défavorable. S'agissant des incapacités de travail, il a indiqué qu'elles étaient données par le médecin de famille de l'assurée.

Par avis du 11 juin 2012, le Dr Q._____ du SMR a relevé que selon les derniers documents, l'accident du 17 avril 2011 n'avait pas entraîné de lésion osseuse. Le Dr N._____ n'avait été consulté qu'à une reprise, sans qu'un traitement n'ait été prescrit en lien avec les diagnostics attribués à l'accident du 17 avril 2011. Pour le Dr Q._____, l'assurée avait souffert d'une entorse bénigne de la colonne cervicale, traitée par simple minerve souple et antalgiques mineurs, d'évolution favorable selon l'enquête à domicile du 18 janvier 2012 lors de laquelle l'assurée ne signalait aucune raideur de nuque résiduelle. Le Dr Q._____

proposait dès lors un examen orthopédique au SMR pour définir les limitations fonctionnelles liées à la pathologie de la hanche et aux suites de l'entorse cervicale.

L'assurée a été examinée le 20 août 2012 par le Dr J. _____ du SMR, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 28 septembre 2012, ce médecin a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de coxarthrose gauche secondaire à une dysplasie congénitale de la hanche (M16.3) et de cervicodorsalgies chroniques, discopathies pluri-étagées, status après entorse cervicale (M50.8), un tabagisme chronique étant sans effet sur la capacité de travail. Sous la rubrique « appréciation du cas » de son rapport, il a retenu ce qui suit :

« Assurée âgée de 42 ans, sans formation professionnelle particulière, ayant travaillé en Suisse depuis 2003. Elle a travaillé comme vendeuse quelques mois, puis comme secrétaire-téléphoniste durant 2 ans et comme gérante-vendeuse d'un magasin d'habits de février 2006 à mai 2007. Elle a été traitée de façon conservatrice en [...] durant son enfance pour une luxation congénitale de la hanche G [gauche]. Des douleurs sont apparues durant sa grossesse en 2006. Une dysplasie sévère du cotyle associée à une subluxation de la hanche et une coxarthrose secondaire a été mise en évidence. Une arthroplastie totale de la hanche G lui a été proposée mais l'assurée refuse l'intervention se considérant trop jeune.

En avril 2011, l'assurée a été victime d'un accident de voiture. Elle a eu probablement un mouvement d'entorse cervicale, traité par une collerette durant 1 mois. Depuis elle a des cervicalgies basses associées à une raideur cervicale. Il n'y a pas eu de traitement spécifique. Une IRM, effectuée en novembre 2011, a montré la présence de troubles dégénératifs sous forme de discopathies pluri-étagées avec des hernies discales C5-C6 et C6-C7 et des troubles arthrosiques.

En ce qui concerne la capacité de travail, le métier de gérante-vendeuse d'un magasin d'habits n'est pas adapté aux limitations fonctionnelles. L'assurée ne peut pas rester debout plus de 5-10 minutes ni marcher plus de 10 mètres.

À mon avis, sa capacité de travail en tant que vendeuse est pratiquement nulle. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assurée n'est pas complète. Depuis décembre 2006 (date de la première consultation chez le Dr P. _____) une diminution de 30% est admissible en raison des difficultés pour les déplacements, les douleurs et la nécessité de changer de position, comme pour les personnes paraplégiques. Le

Dr. G. _____ médecin assistant à l'hôpital de [...] estimait dans son rapport AI de 2010 que une activité uniquement assise était exigible seulement 4 heures par jour, avec un rendement à 80% sans donner d'autres arguments. Dans le même document il écrit que « Ces douleurs se manifestent dès que la patiente doit travailler debout ». Cette logique m'échappe totalement. Une enquête familiale réalisée en janvier 2012 a révélé des empêchements, en tant que ménagère évalués à 32.5%. La capacité de travail en tant que ménagère ne peut pas être supérieure à celle dans un métier bien adapté aux limitations fonctionnelles.

Une arthroplastie totale de la hanche G est la seule solution efficace à se problème de hanche. Dans le cas de Mme Z. _____, l'arthroplastie de la hanche est techniquement difficile, mais bien codifiée. Une reconstruction chirurgicale du cotyle osseux sera nécessaire. Le taux de succès de ce type d'intervention est supérieur à 90%. En cas de succès de cette intervention, il n'y a pas d'argument pour dire que la capacité de travail de Mme Z. _____ ne sera pas complète dans une activité adaptée.

Limitations fonctionnelles

Travail sédentaire. Doit éviter le port de charges. Doit éviter de se mettre à genoux ou accroupi, doit éviter de marcher en terrain irrégulier. Doit éviter les positions statiques prolongées de la nuque. Doit éviter d'utiliser les escaliers. Des courts déplacements à plat sont possibles.

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

Elle ne travaille plus depuis le 31.05.07.

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

L'assurée n'a pas repris d'activité professionnelle lucrative.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

Dans l'activité habituelle : 0%

En tant que ménagère : 66%

Dans une activité adaptée avant intervention chirurgicale : 70% (depuis déc. 2006)

Dans une activité adaptée après intervention chirurgicale : 100% ».

Par avis du 8 octobre 2012, le Dr Q. _____ du SMR a relevé, sur la base de l'examen du SMR, que l'activité de vendeuse n'était plus possible depuis décembre 2006 du fait des restrictions en station debout et à la marche. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était estimée à 70%, la mise en place d'une prothèse de hanche représentant la seule solution efficace en terme de douleurs et de mobilité, avec un taux de succès de l'intervention supérieur à 90%. Dans ce cas, la capacité de travail pourrait être totale après un délai de quelques mois.

Le 13 novembre 2012, l'OAI a communiqué au conseil de l'assurée une copie du rapport d'examen du SMR du 28 septembre 2012 en lui impartissant un délai pour faire d'éventuels commentaires, en précisant que sans nouvelles dans ce délai, un projet de décision serait notifié.

Le 7 décembre 2012, le conseil de l'assurée a fait savoir à l'OAI que sa cliente n'était pas d'accord avec l'appréciation du SMR, en se référant à un avis du Dr N._____ du 5 décembre 2012. L'assurée a rappelé que ce médecin avait exposé qu'une prothèse de hanche n'était pas aussi banale lorsqu'il s'agissait de rectifier tardivement une dysplasie congénitale que lorsqu'il s'agissait d'une simple prothèse par suite de l'usure de l'articulation. Elle déplorait par ailleurs que l'appréciation du SMR ne tienne pas compte de ses douleurs très vives, ni de la prise d'anti-inflammatoires qui n'étaient pas sans effets secondaires. Elle se disait en outre jeune pour une prothèse, le Dr N._____ préconisant une rééducation prolongée avant de statuer sur la capacité de travail. Elle demandait dès lors la mise en place d'une expertise neutre. Selon le rapport du Dr N._____ du 5 décembre 2012 joint à l'envoi de l'assurée, celui-ci a expliqué que l'évaluation en tant que ménagère lui semblait correcte, mais pas celle arrêtée dans une activité adaptée. Pour le Dr N._____, il était contradictoire que l'assurée, qui ne sortait pratiquement pas de chez elle, puisse devoir se déplacer pour aller travailler, en utilisant une dose d'anti-inflammatoire élevée pour baisser les douleurs de la hanche. Elle ne devait en outre pas bénéficier d'un fauteuil roulant, au risque d'aggraver la fonte musculaire, ce qui serait préjudiciable à sa pathologie. Le Dr N._____ était par ailleurs d'avis qu'il serait plus prudent d'attendre le résultat de l'intervention après rééducation prolongée avant d'émettre un avis sur la capacité de travail.

Par avis du 31 janvier 2013, le Dr Q._____ du SMR a observé que le Dr J._____ n'avait jamais écrit qu'il était exigible que l'assurée se déplace en chaise roulante. Quant au périmètre de marche limité à 10 mètres ou à des courts trajets, il appartenait aux spécialistes en

réadaptation de dire si une activité répondant aux limitations fonctionnelles existait dans l'économie normale.

Le 12 mars 2013, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assurée lui refusant le droit aux prestations (reclassement et rente), son degré d'invalidité s'élevant respectivement à 30%, sans la pose d'une prothèse, et à 0,6% avec la pose d'une prothèse. Un courrier faisant partie intégrante du projet de décision était joint, dans lequel l'OAI traitait les griefs soulevés par l'assurée.

Le 26 avril 2013, l'assurée, par son conseil, a déclaré qu'elle n'était pas d'accord avec l'appréciation faite de son dossier, se référant derechef à l'avis du Dr N. _____ du 5 décembre 2012 et reprenant les éléments soulevés dans son courrier du 7 décembre 2012. Elle a renouvelé sa requête d'expertise, en proposant la désignation du Prof. M. _____, respectivement du Prof. S. _____ en qualité d'experts.

Par avis du 13 mai 2013, le Dr Q. _____ du SMR a maintenu sa position.

Par décision du 15 mai 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, en relevant ce qui suit :

« Le 2 février 2010 vous avez déposé une demande de prestations AI.

Après étude de votre dossier et suite à son analyse médicale et économique, il ressort que vous présentez une incapacité de travail entière dans l'activité de vendeuse depuis août 2009.

Toutefois, dans des activités adaptées à votre état de santé qui respectent les limitations fonctionnelles suivantes :

- Pas de longues marches
- Pas de position debout
- Pas d'escaliers
- Pas de position assise plus de 4 heures

vos capacités de travail est de 50% avant la pose d'une prothèse de hanche dès août 2009 et de 80% au moins après la pose d'une prothèse de hanche.

Or, vous avez contesté notre position estimant qu'une opération de la hanche n'était pas exigible dans votre cas.

Dès lors, pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration recueille des renseignements médicaux auprès des médecins consultés par l'assurée et, le cas échéant, fait procéder à des expertises par des médecins neutres. La tâche de l'expert consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler.

Le 20 août 2012 vous avez été examinée par un chirurgien orthopédique FMH [Fédération des médecins suisses] auprès de notre Service médical régional. Le rôle de l'expert consiste à se prononcer sur la capacité de travail exigible en fonction de l'état de santé effectif mais également en fonction de l'état de santé qu'il présenterait après une opération exigible au regard de l'obligation de réduire le dommage. L'examen clinique auprès du Service médical est récent, il est probant et une autre expertise ne se justifie pas.

Après nouvelle analyse médicale et économique de votre situation, nous retenons que vous présentez toujours une incapacité de travail entière dans votre activité de vendeuse.

Par contre, nous retenons une exigibilité de 70% dans une activité adaptée avant la pose d'une prothèse et de 100% après la pose d'une prothèse.

Il convient maintenant d'évaluer la perte de gain découlant de votre atteinte à la santé.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2008, CHF 4'116.-- par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, TA niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (41,6 heures; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'280.64 (CHF 4116.-- x 41,6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 51'367.68.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2010 (+ 1.35%; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 52'061.14 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 70%, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 36'442.98 par année.

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

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 32'798.51.

Sans atteinte à la santé, le revenu annuel brut à plein temps serait de Fr. 47'139.90.

Comparaison des revenus SANS la pose d'une prothèse :

sans invalidité	CHF	47'139.90			
avec invalidité	CHF	32'798.50			
La perte de gain s'élève à	CHF	14'341.40	=	un	degré
d'invalidité de 30%					

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2008, CHF 4'116.-- par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, TA niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (41,6 heures; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'280.64 (CHF 4'116.-- x 41,6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 51'367.68.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2010 (+ 1.35%; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 52'061.14 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

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

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 46'855.--.

Sans atteinte à la santé, le revenu annuel brut à plein temps serait de Fr. 47'139.90.

Comparaison des revenus AVEC la pose d'une prothèse :

sans invalidité	CHF	47'139.90		
avec invalidité	CHF	46'855.00		
La perte de gain s'élève à	CHF	284.90	=	un degré
d'invalidité de 0.6%				

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Par ailleurs, ce taux d'invalidité n'ouvre pas le droit à un reclassement professionnel ».

Par courrier du même jour faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a relevé que la contestation du 26 avril 2013 n'apportait pas d'éléments nouveaux susceptibles de modifier sa position.

Le 25 mai 2013, l'avocat de l'assurée s'est adressé à l'OAI en sollicitant une prise en charge de ses frais d'intervention au titre de l'assistance judiciaire administrative selon l'art. 37 al. 4 LPGA, faisant valoir que sa cliente était sans capacité de travail et sans emploi, tributaire de l'assistance sociale, qu'elle s'était séparée de son compagnon et avait la charge d'une jeune enfant. Me Carré soutenait en outre que l'affaire paraissait suffisamment épineuse, notamment du fait des divergences sur la nature et les conséquences de l'opération envisagée et sur son exigibilité. Il y avait en outre des troubles cervicaux et neurologiques à la suite d'un accident de circulation, « circonstances qui, systématiquement, donnent lieu à des conflits juridiques ».

Par projet de décision du 11 juin 2013, l'OAI a refusé de désigner un avocat d'office, en l'absence de complexité des points litigieux (savoir le caractère exigible de l'opération et la capacité de travail dans une activité adaptée), estimant que l'aide d'une autre personne qu'un avocat était suffisante.

B. Par acte du 19 juin 2013, Z._____, toujours représentée par Me Carré, a recouru contre la décision de l'OAI du 15 mai 2013 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens qu'il soit constaté qu'elle a droit à des prestations de l'AI, la cause étant renvoyée à l'intimé pour nouvelle instruction et nouvelle décision au sens des considérants. En substance, elle fait valoir que la présence d'une luxation congénitale de la hanche crée un tableau beaucoup plus complexe qu'une simple usure de l'articulation par l'effet de l'âge. A ses yeux, un risque d'échec de l'intervention de 10% est de nature à rendre compréhensible qu'elle hésite à se soumettre à l'intervention, estimant que l'opération n'est pas raisonnablement exigible. Dans ce contexte, elle se réfère à l'appréciation du 5 décembre 2012 du Dr N._____, pour qui il conviendrait d'évaluer la capacité de travail après l'intervention, en attendant le résultat de celle-ci et de la rééducation. Elle relève en outre que dans son rapport du 10 mai 2012, le Dr N._____ a fait état d'un pronostic défavorable. Ce médecin insiste également sur la prise en considération des douleurs, ainsi que sur l'importante médication, pas dénuée d'effets secondaires. Le Dr N._____ ajoute qu'une chaise roulante aurait pour effet une perte de la masse musculaire, ce qui serait totalement contre-indiqué. La recourante fait ensuite grief au Dr J._____ d'être « un auxiliaire » de l'intimé. Elle déplore à cet égard que la convocation n'ait pas fait mention que l'examen serait confié à ce praticien, sans quoi elle s'y serait opposée, le Dr J._____ étant connu pour ses appréciations « restrictives » et la « cote » dont il jouit de ce fait auprès des assureurs privés et sociaux. Elle requiert dès lors la mise en œuvre d'une expertise, en raison de la complexité du cas, de l'affection dont elle souffre et de sa rareté, ainsi que du concours avec les conséquences aux niveaux vertébral et cervical de

son accident de la circulation, renouvelant les propositions d'experts faites en procédure administrative.

Dans sa réponse du 6 août 2013, l'OAI conclut au rejet du recours.

Par réplique du 20 septembre 2013, la recourante confirme ses conclusions, en faisant valoir qu'elle souffre d'atteintes cervicales consécutives à l'accident qui n'ont pas été correctement investiguées, se référant pour le surplus à un rapport du Dr N. _____ du 5 septembre 2013, qu'elle produit, et dont elle se prévaut. Selon ce médecin, le diagnostic précis n'a pas été posé, alors qu'il s'agit selon lui d'une luxation congénitale de la hanche. Il revient sur le consentement libre et éclairé du patient avant un geste chirurgical, et relève ignorer de quelle opération il est question (une prothèse de resurfaçage, une prothèse totale). Il déplore que le Dr P. _____ ait posé l'indication à la technique chirurgicale le 31 août 2009, soit 4 ans auparavant, estimant que ce qui était valable à l'époque doit être réévalué. Il est par ailleurs d'avis que seul le médecin opérateur pose l'indication. Il relève ensuite qu'il souhaiterait obtenir les références des études mentionnées par le Dr J. _____. Il déplore l'absence de référence de la littérature internationale quant au fait que les résultats seraient satisfaisants « à 85% des cas pendant 10 à 15 ans ». Il ajoute ne pas voir de calcul du risque relatif, notamment du risque d'infection. Il déplore en outre que le risque de lésion nerveuse ne soit pas évoqué. Pour lui, se pose la question de savoir si une intervention techniquement difficile est exigible.

En duplique, le 23 octobre 2013, l'OAI a une nouvelle fois conclu au rejet du recours. Il a joint à son envoi un avis médical du Dr Q. _____ du SMR du 2 octobre 2013, selon lequel l'essentiel de la contestation du Dr N. _____ portait sur le caractère exigible d'une intervention en vue de réduire le dommage. Or il s'agit d'une appréciation juridique.

Le 19 novembre 2013, la recourante a produit un nouveau rapport du Dr N._____ du 13 novembre 2013, dans lequel ce médecin a notamment relevé que le terme diagnostique de « coxarthrose » ne prêtait pas à discussion, mais que le terme « dysplasie congénitale de hanche » n'était pas précis, s'agissant d'une famille de lésions. Pour lui, il n'était pas possible de conserver une indication opératoire posée sur une imagerie de 2009.

Se déterminant le 19 décembre 2013, l'OAI a maintenu sa position. Il a joint à son envoi un avis du Dr J._____, du 17 décembre 2013, à la teneur suivante :

« Il est clair qu'avant de faire une arthroplastie de la hanche, il convient de faire de nouvelles radiographies pour planifier l'intervention.

Une arthroplastie totale de la hanche implique quelques risques qui sont parfaitement connus et décrits dans tous les traités d'orthopédie. C'est au chirurgien d'informer clairement le patient des risques et bénéfices d'une telle intervention.

Les arguments du Dr N._____ ne sont pas susceptibles de modifier les conclusions de l'examen orthopédique SMR du 20.08.2012 ».

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

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 (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

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 art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de

l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (let. c). A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art 43 al.1 LPGa). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; cf. TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante

pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1; TFA I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment 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, 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1).

4. Dans un premier moyen, la recourante laisse entendre que si elle avait été informée, lors de sa convocation au SMR, que l'expertise serait confiée au Dr J._____, elle s'y serait opposée. Dans ce contexte, elle fait grief au Dr J._____ d'être un « auxiliaire » de l'intimé, connu pour ses appréciations « restrictives » et sa « cote » auprès des assureurs sociaux et privés.

a) Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce

domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 132 V 93 consid. 7.1 et l'arrêt cité; TF 9C_519/2011 du 5 avril 2012 consid. 3.1).

Selon la jurisprudence rendue en matière de récusation d'un juge, applicable par analogie à la récusation d'experts judiciaires (ATF 132 V 93 consid. 7.1), ainsi qu'aux expertises ordonnées par l'administration (VSI 2001 p. 111, TFA I 128/98 du 21 janvier 2000), il est contraire à la bonne foi d'attendre l'issue d'une procédure pour tirer ensuite argument, à l'occasion d'un recours, du motif de récusation, alors que celui-ci était déjà connu auparavant (ATF 132 II 485 consid. 4.3; cf. consid. 1b non publié de l'ATF 126 V 303 [SVR 2001 BVG 7 p. 28 et les arrêts cités]; TF 9C_519/2011 du 5 avril 2012 consid. 3.1; cf. Jacques Olivier Piguet, Le choix de l'expert et sa récusation : le cas particulier des assurances sociales, in REAS 2011, p. 135).

b) En l'espèce, la recourante n'allègue pas - et a fortiori ne démontre pas - que l'appréciation du Dr J._____ manquerait de neutralité ou d'objectivité. Au reste, rien dans le rapport d'expertise du 28 septembre 2012 ne permet de conclure à l'apparence d'une prévention. Le Dr J._____ a obtenu son diplôme de médecin en 1985, puis son titre de spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur en 1994. Il présente donc les compétences professionnelles requises pour évaluer la situation de la recourante. Cette dernière se prévaut au demeurant uniquement du fait que ce médecin serait connu pour ses appréciations « restrictives » et sa « cote » auprès des assureurs privés et sociaux. Or il s'agit-là d'une affirmation d'ordre général qui ne repose sur aucun élément objectif. Sur ce point, il convient de rappeler qu'il est de jurisprudence constante que le fait qu'un expert, médecin

indépendant, ou une institution d'expertises, soient régulièrement mandatés par les organes de l'assurance sociale ou par les tribunaux ne constitue pas à lui seul un motif suffisant pour conclure au manque d'objectivité et à la partialité de l'expert (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3 et les arrêts cités).

A cela s'ajoute que la recourante a eu connaissance lors de l'expertise, en août 2012, du nom du médecin examinateur, et son conseil au plus tard lorsque l'OAI lui a transmis le rapport d'examen, le 13 novembre 2012, du fait que le Dr J._____ avait fonctionné pour le compte du SMR. Elle n'a toutefois pas soulevé d'objection, ni émis de critique sur ce plan auprès de l'OAI, se prévalant uniquement d'une instruction médicale globalement insuffisante. Ce n'est qu'en recours qu'elle a, pour la première fois, émis des doutes sur la partialité du Dr J._____, ce qui est contraire à la bonne foi et ne saurait donc être admis.

Le grief sera donc écarté.

5. a) L'OAI retient que la recourante n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de vendeuse, ce qui n'est pas contesté. La recourante ne conteste pas non plus le statut d'active à 100% qui lui a été reconnu, et qui peut être confirmé, compte tenu non seulement des informations données par la recourante elle-même à l'OAI (cf. formulaire de détermination du statut du 18 février 2010) mais également des observations de l'enquêtrice ménagère (cf. rapport d'enquête du 24 janvier 2012).

Quant à l'évaluation de l'invalidité, l'intimé considère, se fondant sur le rapport d'examen clinique orthopédique du SMR du 28 septembre 2012, que dans une activité adaptée, le degré d'invalidité de la recourante serait de 30% sans opération de la hanche, respectivement de 0,6% pour le cas où elle se soumettrait à une telle intervention, compte tenu d'une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée avant l'intervention chirurgicale, respectivement d'une capacité de travail

entière après intervention. La recourante conteste ce point de vue, en formulant plusieurs reproches à l'égard du rapport d'examen du Dr J._____.

Or le rapport du Dr J._____ du 28 septembre 2012 a été établi sur la base d'un examen complet du dossier de la recourante. Ce spécialiste a établi l'anamnèse de l'assurée, listé ses plaintes, puis procédé à un examen du status général et ostéomusculaire. Il a également tenu compte du dossier radiologique, qui comprend notamment la radiographie de la colonne cervicale face/profil réalisée en [...] le 17 avril 2011 à la suite de l'accident de l'assurée. Sur la base de ces éléments, il a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de coxarthrose gauche secondaire à une dysplasie congénitale de la hanche ainsi que de cervicodorsalgies chroniques, de discopathies pluri-étagées et de status après entorse cervicale, puis motivé les raisons le conduisant à retenir une capacité de travail nulle dans l'activité de vendeuse, mais de 70% dans une activité adaptée avant intervention chirurgicale, respectivement entière après intervention. On relèvera pour le surplus que le Dr J._____ a bien pris en compte les conséquences de l'événement accidentel du mois d'avril 2011, en tenant en particulier compte des éléments radiologiques relatifs à cet accident et des plaintes de la recourante. Dans les limitations fonctionnelles, il a ainsi retenu que la recourante devait éviter les positions statiques prolongées de la nuque. Le rapport du Dr J._____ remplit donc les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître pleine valeur probante.

La recourante reproche à ce spécialiste de ne pas avoir tenu compte de la particularité de son atteinte à la hanche, qui doit selon elle être bien distinguée d'une atteinte de hanche liée à l'usure de l'articulation par l'effet de l'âge, vu qu'elle présente dite atteinte depuis sa naissance. Or le Dr J._____ a bien relevé dans son appréciation que l'atteinte de la recourante est congénitale, et que l'intervention à mettre en œuvre devra également consister en une reconstruction chirurgicale du cotyle osseux. L'appréciation du Dr J._____ de la capacité de travail dans une activité adaptée n'est au demeurant pas contredite par le Dr

N._____, qui se contente de réserver sa position sur la capacité de travail en estimant qu'il serait plus prudent d'attendre le résultat de l'intervention après rééducation prolongée avant d'émettre un avis (cf. notamment son appréciation du 5 décembre 2012). Le Dr J._____ a par ailleurs pris en compte la médication de la recourante, et a bien noté qu'elle se plaignait de douleurs de type mécanique au niveau de la hanche gauche, ainsi que de douleurs à la jonction cervico-dorsale. En outre, il n'est pas contesté que le Dr J._____ n'a jamais écrit qu'il serait exigible que la recourante se déplace en chaise roulante.

La recourante fait encore valoir, en se référant à l'appréciation du Dr N._____ du 5 septembre 2013, que le diagnostic posé par le Dr J._____ ne serait pas suffisamment précis. Or les médecins admettent tous que la recourante présente une coxarthrose de la hanche (cf. rapport du Dr G._____ du 22 février 2010, rapport du Dr N._____ du 7 décembre 2011 et du 10 mai 2012, rapport du Dr J._____ du 20 août 2012). Si la recourante, se basant sur le rapport du Dr N._____ du 13 novembre 2013, déplore un diagnostic peu précis en tant que de l'avis de ce médecin, le terme « dysplasie congénitale de la hanche » a trait à une famille de lésions, on relèvera toutefois que le Dr N._____ lui-même a diagnostiqué dans son rapport du 10 mai 2012 à l'OAI une « coxarthrose gauche sur dysplasie congénitale de la hanche ». S'agissant enfin du type d'intervention envisagé, il est question d'une arthroplastie totale de la hanche gauche, comme cela ressort du rapport du Dr J._____. Il n'est au demeurant pas contesté, ainsi que l'admet le Dr J._____ dans l'avis SMR du 17 décembre 2013, qu'avant de procéder à une arthroplastie de la hanche, de nouvelles radiographies devront être effectuées pour planifier l'intervention.

Le Dr N._____ n'a ainsi fait état d'aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré par les médecins du SMR et qui soit suffisamment pertinent pour remettre en cause leurs conclusions.

b) Se pose encore la question du caractère raisonnablement exigible de l'implantation d'une prothèse de la hanche. A cet égard, la

recourante se prévaut à nouveau de l'avis du Dr N._____, selon lequel, en substance, une intervention ne peut pas se faire contre l'avis du patient, respectivement n'est pas raisonnablement exigible s'il subsiste un risque d'échec de l'intervention de l'ordre de 10%.

Selon l'art. 7 al. 1 LAI, l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGA) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGA). Aux termes de l'art. 7 al. 2 LAI, l'assuré doit participer activement à la mise en œuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant soit au maintien de son emploi actuel, soit à sa réadaptation à la vie professionnelle ou à l'exercice d'une activité comparable (travaux habituels). Il s'agit en particulier (let. a) des mesures d'intervention précoce (art. 7d), (let. b) de mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (art. 14a), (let. c) de mesures d'ordre professionnel (art. 15 à 18 et 18b), et (let. d) de traitements médicaux au sens de l'art. 25 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10). En cas de violation de cette obligation, les prestations peuvent être réduites ou refusées conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA (art. 7b al. 1 LAI). En dérogation à l'art. 21 al. 4 LPGA, toutefois, les prestations peuvent être réduites ou refusées sans mise en demeure et sans délai de réflexion dans différentes éventualités mentionnées à l'art. 7b al. 2 let. a à d LAI, sans pertinence en l'espèce.

En l'occurrence, les Drs J._____ (cf. rapport du 28 septembre 2012) et G._____ (cf. avis du 22 février 2010) de même que les médecins du SMR (notamment les Drs R._____ [cf. avis du 9 avril 2010] et Q._____ [cf. avis des 30 juin 2011 et 5 octobre 2011], sont tous d'avis qu'une prothèse de la hanche permettrait une reprise d'activité, le Dr J._____ estimant que dite reprise pourrait être totale dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles (travail sédentaire, port de charges à éviter, pas de travail nécessitant de se mettre à genou ou accroupi ou de marcher en terrain irrégulier, pas de positions statiques prolongées de la nuque, utilisation des escaliers à

éviter). Le Dr N._____ ne s'est au demeurant pas prononcé de façon claire sur la question de l'implantation d'une prothèse, se limitant à mettre en avant les éventuels risques et effets secondaires liés à une telle intervention. A cet égard, le risque infectieux a été évalué à moins de 0,5% pour ce type d'intervention (cf. avis du Dr Q._____ du 5 octobre 2011). Le Dr N._____ ne s'est pas non plus prononcé sur la capacité de travail, alors qu'il a été invité à préciser cet aspect par l'OAI (cf. rapport des 7 décembre 2011 et 10 mai 2012 du Dr N._____ à l'OAI). Certes le Dr N._____ a mentionné un pronostic défavorable dans son rapport à l'OAI du 10 mai 2012 : cette appréciation va cependant dans le sens de celle retenue par l'ensemble des médecins consultés, qui sont tous favorables à l'implantation d'une prothèse de la hanche. Au vu de ces constatations médicales, on peut retenir qu'une arthroplastie totale de la hanche gauche apparaît comme la seule mesure susceptible d'améliorer les limitations fonctionnelles de la recourante au niveau de la hanche et de rétablir sa capacité de travail. Rien au dossier ne permet de retenir que la pathologie cervicale attribuée à l'accident d'avril 2011 constituerait une contre-indication à la pose d'une prothèse de la hanche gauche. Le Dr J._____ a au demeurant tenu compte de ces troubles dans le cadre de son examen de la recourante. Si l'intervention en cause apparaît, comme l'indique le Dr J._____, techniquement difficile, elle n'en demeure pas moins bien codifiée, avec un taux de succès supérieur à 90%. Sur le plan subjectif, si l'on doit certes tenir compte de la crainte de la recourante de subir une telle opération, il ne s'agit cependant pas ici d'un sentiment ayant valeur de maladie ou dont l'importance serait telle qu'elle aurait provoqué des troubles psychiques.

Dans ces circonstances, la mesure médicale préconisée est exigible. Par ailleurs au regard du principe de la proportionnalité, cette mesure n'apparaît pas discutable compte tenu de l'importance de la durée de l'activité restante de la recourante, âgée de 40 ans au moment de la demande de prestations (dans le même sens : TFA I 861/02 du 8 janvier 2004).

Quoi qu'il en soit, même dans l'éventualité où la recourante renoncrait à l'opération en cause, il n'en demeure pas moins que son taux d'invalidité n'excéderait pas 30%, soit un taux insuffisant pour lui ouvrir le droit à la rente.

6. L'assurée n'a pas critiqué le calcul du taux d'invalidité de l'intimé. Vérifié d'office, celui-ci peut être confirmé.

7. 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 une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise telle que requise par la recourante. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 122 II 464 consid. 4a, TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2, TF 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

8. a) En conclusion, 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 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 bénéficie du paiement des frais judiciaires, celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable 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 [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RSV 211.02.3]).

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. 1bis LAI et 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 et art. 61 let. g LPGGA).

La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Olivier Carré (art. 118 al. 1 let. a et c 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. Le conseil d'office a ainsi produit une liste de ses opérations pour un total de 10 heures 66 d'activité, qu'il estime avoir réalisées à raison de deux tiers pour la présente cause, et d'un tiers pour la cause AI 247/13. Il y a lieu de rémunérer ces heures au tarif usuel (180 fr. /heure) (soit $10,66 \times 180 \text{ fr.} = 1'918 \text{ fr. } 80$), et d'y ajouter les débours, par 200 fr. (ce qui donne un montant de $1'918 \text{ fr. } 80 + 200 \text{ fr.} = 2'118 \text{ fr. } 80$), ainsi que la TVA au taux de 8% (par 169 fr. 50), ce qui représente un montant total de 2'288 fr. 30 pour l'ensemble des opérations effectuées dans les deux dossiers (causes AI 162/13 et AI 247/13), respectivement de 762 fr. 80 pour les opérations effectuées dans la cause AI 247/13, et de 1'525 fr. 50 pour la présente cause.

c) Enfin, vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGGA; art. 55 LPA-VD).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 15 mai 2013 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 Olivier Carré, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'525 fr. 50 (mille cinq cent vingt-cinq francs et cinquante centimes), débours et TVA compris.
- V.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais 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 :

Du

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

- Me Olivier Carré (pour Z. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :