

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 octobre 2014

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mme Rossier et M. Pittet, assesseurs
Greffière : Mme Preti

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 et 8 LPGA ; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est ressortissante portugaise. Elle vit en Suisse depuis 1997. Elle a travaillé en qualité de serveuse auprès de la D._____, à [...], dès avril 2003. Auparavant, elle a exercé cette activité dans divers établissements, notamment à l'[...] et au [...], à [...], ainsi qu'au restaurant [...], à [...], et à l' [...], à [...] (cf. extrait de compte individuel de l'assurée du 12 octobre 2009).

En janvier 2008, elle a subi une première cure de hernie discale.

Selon un rapport du 24 novembre 2008 des Drs C._____, chef de service, L._____, chef de clinique adjoint, et Q._____, médecin assistant auprès du X._____ (ci-après : X._____), l'assurée a présenté, à moins d'une année d'une cure de hernie discale, une nouvelle hernie paramédiane intra-canalair droite en L4-L5, luxée vers le bas, en conflit avec la racine de L5 droite. Au vu de la symptomatologie et de la cohérence radioclinique, ces médecins ont retenu comme satisfaisants les critères pour une nouvelle cure de hernie discale L4-L5. Ils ont expliqué à l'assurée les risques et bénéfices de cette procédure, compte tenu de la fibrose présente au niveau du site anatomique. La patiente s'est montrée favorable à la chirurgie. Il a dès lors été convenu qu'elle serait convoquée au X._____ l'année suivante.

L'assurée a alors séjourné du 23 janvier au 10 février 2009 au X._____ pour prise en charge de la récurrence de hernie discale L4-L5 droite (cf. rapport du 20 juillet 2009 des Drs C._____ et L._____), opérée le 3 février 2009.

Le 5 octobre 2009, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, précisant quant au genre de l'atteinte : « *hernie discale* ».

Dans un formulaire 531bis rempli par l'assurée le 14 octobre 2009 à l'attention de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), elle a indiqué que si elle était en bonne santé, elle exercerait une activité professionnelle en tant que serveuse à 100%, pour des raisons financières.

Le 30 octobre 2009, la D. _____ a résilié le contrat de travail de l'assurée à la suite d'une restructuration de l'établissement (cf. questionnaire pour employeur du 1^{er} novembre 2009). Dans le descriptif de l'activité, il était noté que l'assurée assurait souvent le service (entre 34 et 66% ou jusqu'à 5 heures et quart par jour) et parfois le nettoyage (entre 6 et 33% ou jusqu'à environ 3 heures 30 par jour). L'activité nécessitait de marcher, rester debout et porter des charges légères (jusqu'à 10 kg) toute la journée. Elle exigeait en outre de grandes capacités de concentration, d'endurance et de soin.

Dans un rapport du 3 novembre 2009 à l'OAI, le Dr P. _____, médecin traitant de l'assurée depuis avril 2003, a posé les diagnostics de syndrome radiculaire irritatif non-déficitaire S1 droit opéré et de récurrence donnant lieu à une deuxième cure de hernie discale le 3 février 2009 avec complication de la hernie discale L4-L5 droite : lésion des vaisseaux iliaques (artères et veines) entraînant un choc hypovolémique grave, trois laparotomies, une splénectomie, ainsi que des ligatures des vaisseaux iliaques. Le Dr P. _____ retenait une incapacité de travail totale de l'assurée depuis le 23 janvier 2009. Il relevait que l'activité de serveuse n'était plus exigible, les douleurs à sa jambe droite empêchant la station debout prolongée. Il expliquait qu'un travail alternant les positions assise, debout et couchée pouvait peut-être permettre une reprise partielle du travail. Le Dr P. _____ a joint plusieurs documents médicaux à son envoi, à savoir notamment :

- un rapport du 25 février 2009 du X. _____ (des Drs C. _____, L. _____ et B. _____, médecin associée, et S. _____, médecin assistant) indiquant à titre de diagnostic un syndrome radiculaire

irritatif non déficitaire L5 droit sur récurrence de hernie discale L4-L5 droite. Ils décrivaient l'évolution comme suit :

« Mme V. _____ présente un syndrome radiculaire irritatif non déficitaire L5 D sur une récurrence de hernie discale L4-L5 D. Au vu de la concordance radioclinique, nous posons l'indication à une décompression par hémilaminectomie effectuée le 03.02.09. Lors de la procédure chirurgicale, la patiente présente un état de choc motivant un CT scan abdominal en urgence qui met en évidence une lésion iatrogène de l'artère iliaque primitive, des deux veines iliaques communes à leur origine et de la veine cave inférieure à la bifurcation. Au vu du choc hémorragique, Mme V. _____ est reprise en urgence pour une laparotomie exploratrice avec suture de l'artère iliaque primitive D et sutures occlusives des deux veines iliaques communes et de la veine cave inférieure à la bifurcation. Au vu d'une réactivation de l'hémorragie mise en évidence au niveau du packing pelvien, une deuxième laparotomie est effectuée, avec découverte de lésions au niveau de deux vaisseaux courts et de la capsule de la rate, motivant une splénectomie de nécessité.

Le 04.02.09 : une laparotomie de révision est effectuée avec la mise en évidence de quelques taches en bougie sur le pancréas et un contrôle de l'hémostase et mise en place d'un drain Jackson Prat. La patiente est ensuite admise aux soins intensifs où elle développe une insuffisance rénale aiguë qui s'amende spontanément sous hydratation i.v. avec une valeur créatinine à 100 mmol/l à sa sortie.

Le 5 février 2009 elle est transférée dans notre service de soins continus pour suite de sa prise en charge. Son taux de CK atteint des valeurs élevées à 1785 U/l, qui se corrige spontanément durant son hospitalisation. Un prélèvement de matériel au niveau de son drain Jackson Prat montre une nette diminution des amylases pancréatiques. A noter que lors de sa sortie, Mme V. _____ présente une hypokaliémie à 3,3. Elle bénéficie d'un traitement de substitution par KCl effervescent que nous vous proposons de poursuivre tout en suivant le laboratoire. Durant son hospitalisation, Mme V. _____ présente un état sub-fébrile motivant un CT scan abdominal ne montrant pas de foyer. Les paramètres inflammatoires restent dans la norme et l'état subfébrile s'amende spontanément. En accord avec le Dr [...], nous introduisons une anticoagulation par Sintrom au vu des sutures occlusives des veines iliaques et de la veine cave inférieure. L'introduction ayant été faite le jour du départ de la patiente, nous proposons de pister la crase et d'adapter les posologies en fonction. La patiente bénéficie également d'une consultation angiologique qui met en évidence un ralentissement du flux veineux fémoral confirmé par le CT scan abdominal qui met en évidence une thrombose des deux veines iliaques, plus marquée à D.

[...]

D'un point de vue neurologique, Mme V. _____ décrit une disparition de ses lombosciatalgies D. Dans ce contexte, la patiente peut rentrer à domicile le 10.02.09. »

- un rapport du 13 juin 2009 des Drs C._____ et L._____ établi à la suite d'une consultation ambulatoire de l'assurée le 12 juin 2009. Cette dernière a présenté, quelques semaines après sa sortie d'hôpital le 10 février 1009, une nouvelle récurrence de lombosciatalgies droites irradiant jusque dans le dos du pied. Ces médecins ont notamment retenu ce qui suit :

« L'IRM [imagerie par résonance magnétique] effectuée récemment [le 9 juin 2009] infirme donc la présence d'une nouvelle récurrence de hernie discale, ce qui est tout à fait rassurant et a passablement rassuré Mme V._____ et son ami. Les douleurs présentées par la patiente sont donc probablement en lien avec le statut cicatriciel, pour lequel il n'y a pas de traitement chirurgical à proposer. J'ai encore encouragé la patiente à poursuivre ses séances de physiothérapie et lui ai prescrit 9 séances supplémentaires.

Il reste la question de la reprise du travail et il est fort probable qu'au vu des antécédents de la patiente, il soit nécessaire d'envisager une reconversion professionnelle. [...] »

- un rapport du 6 octobre 2009 de la Dresse K._____, spécialiste en anesthésiologie, laquelle a prescrit un traitement de Lyrica (2 fois 50 mg par jour), ainsi que des infiltrations afin de diminuer les douleurs.

Selon un rapport du 5 janvier 2010 à l'OAI, le Dr L._____ considérait que l'assurée ne pouvait plus exercer son ancienne activité et proposait la mise en place d'un stage sous l'égide de l'AI afin de connaître ses limitations fonctionnelles et pouvoir l'orienter vers une activité adaptée.

Dans un rapport du 14 avril 2010 au Dr P._____, la Dresse K._____ a indiqué que différents traitements médicamenteux et infiltratifs avaient été testés, mais qu'ils étaient restés inefficaces pour traiter les douleurs ou qu'ils avaient engendrés trop d'effets secondaires. Elle expliquait également que l'IRM de contrôle effectuée en novembre 2009 montrait la présence d'une cicatrice fibreuse en L4-L5 assez abondante, sans signe de récurrence de hernie, ainsi que la présence de discopathies aux deux derniers niveaux lombaires sans conflit radiculaire.

Selon ce médecin, les douleurs étaient toujours extrêmement importantes et invalidantes.

Dans un rapport ultérieur du 7 juin 2010 à l'OAI, la Dresse K._____ a posé les diagnostics de hernie discale L4-L5 et de failed back surgery syndrome. Elle notait que les douleurs lombaires de l'assurée persistaient et qu'un traitement antalgique symptomatique était en cours. Elle estimait que l'assurée présentait une incapacité de travail entière dans son ancienne activité depuis le 23 janvier 2009. La Dresse K._____ a évalué les limitations fonctionnelles de l'assurée. Ainsi, n'étaient plus exigibles les activités en position assise ou debout uniquement, celles exercées principalement en marchant ou nécessitant de se pencher, de s'accroupir, de se mettre à genoux, de soulever et porter des charges de plus de 10 kg, de faire des rotations en position assise ou debout et de monter une échelle ou des escaliers. La capacité de concentration était également limitée chez l'assurée en raison des effets secondaires de la médication.

L'assurée a effectué un stage à l'[...] du 28 mars au 24 avril 2011. Selon la synthèse finale du rapport daté du 11 mai 2011, elle présentait des limitations lui permettant de travailler seulement sur un mi-temps. Cependant, malgré un temps de travail réduit, elle n'obtenait pas des rendements supérieurs à 50% dans les travaux de production. Ainsi, il fallait privilégier des activités où le rendement n'était pas primordial, tel que le contrôle de qualité. Le Dr F._____, médecin-conseil de l'O._____, a en outre relevé les éléments qui suivent à l'examen médical du 12 avril 2011 (cf. rubrique « *examen physique* » de son rapport du 2 mai 2011) :

« [...] A l'examen, l'état général est conservé. Elle est soignée. Le rachis présente une légère scoliose. Tous les points douloureux au cours d'une fibromyalgie le sont du côté D à la palpation, y compris l'articulation sternocostale II, sterno-claviculaire, les points périscapulaires, la crête iliaque, le grand trochanter, la patte d'oie. Le point de Valleix supérieur et moyen D sont douloureux. Le pincé-roulé lombaire est douloureux du côté D, le pli également dans la même région. Il n'y a pas de nodule de Copeman. La distance doigts-sol est de 37 cm, le Schober de 10-13, les flexions latérales de 10° ddc. La marche sur les talons et sur les pointes est possible

ddc. La pseudorotation selon Waddell est positive, mais pas la pseudopression axiale. L'examen neurologique est sans particularité, si ce n'est une légère diminution de sensibilité L4 et L5 droit. Le Lasègue en position assise est de 90° ddc. »

Le Dr F._____ a également indiqué ce qui suit (cf. rubrique « *discussion* » du rapport) :

« [...] »

A l'atelier, Mme V._____ est visiblement inconfortable du dos, bouge souvent sur sa chaise, change de position, bouge le haut du corps de façon rigide, effectue régulièrement de petites promenades. Ces signes d'inconfort augmentent en deuxième partie de la matinée. Les membres supérieurs ne montrent pas de limitation, mais on voit qu'elle a tendance à travailler avec les bras près du corps. Lorsque le travail se fait les bras en extension, elle se fatigue rapidement. Elle manque un peu de force dans les bras et les mains, mais sa gestuelle est souple et précise. Elle comprend bien les consignes et les respecte. Elle a beaucoup de difficultés à écrire le français. Elle est assez plaintive et démonstrative. Elle cherche à fournir des travaux d'excellente qualité, ce qui ralentit certainement l'exécution chez une personne déjà lente. Elle obtient des rendements de l'ordre de 50%, rarement plus.

Au terme de ces 4 semaines de stage, notre groupe d'observation est d'avis que Mme V._____ conserve une capacité de travail limitée pour des travaux légers épargnant le rachis lombaire. Elle ne peut pas travailler plus qu'à mi-temps, comme elle l'a fait chez nous : on voit en effet augmenter son inconfort lombaire dès le milieu de la matinée. Comme elle était à mi-temps, nous n'avons pas pu observer ce qui se passerait dans l'après-midi. Dans des travaux de production, qui seraient à sa portée, nous ne pensons pas qu'elle obtiendrait des rendements supérieurs à 50%, ce que nous avons observé dans nos ateliers. D'un part, elle est lente et privilégie la qualité au rendement et d'autre part, elle est inconfortable, doit changer souvent de position, effectuer quelques pas de dérouillage, ce qui baisse encore son rendement. Dans des travaux peu soumis à rendement, comme du contrôle de qualité qu'elle est parfaitement à même de maîtriser compte tenu de sa bonne compréhension des consignes et de sa précision, elle pourrait atteindre des performances proches de la norme dans un mi-temps. »

Dans un avis médical du 31 mai 2011, le Dr H._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a estimé qu'il semblait évident que le comportement de l'assurée était la conséquence d'une atteinte d'un probable trouble somatoforme douloureux et d'une attitude demandeuse d'une reconnaissance d'une atteinte qui n'avait pas laissé de trouble ou de

déficit. Ainsi, selon ce médecin, une expertise pluridisciplinaire en psychiatrie et rhumatologie était indispensable pour déterminer les limitations fonctionnelles et les atteintes à la santé de l'assurée.

Dans un rapport du 15 août 2011 à l'OAI, la Dresse K._____ a expliqué que le cas de l'assurée était complexe car les douleurs ressenties étaient réfractaires aux différents traitements médicamenteux. Les infiltrations périurales n'avaient pas permis de modifier grandement la symptomatologie de l'assurée.

Une expertise a été réalisée auprès du M._____ (ci-après : M._____) les 6 et 15 septembre 2011. Les Drs J._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont établi un rapport daté du 27 décembre 2011. Ils y ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies L5 droites et résiduelles hyperalgiques, de status après cure de hernie discale L4-L5 en janvier 2008, de status après deuxième cure de hernie discale L4-L5 avec hémilaminectomie à droite en février 2009, compliquée de lésions vasculaires iatrogènes ayant nécessité trois laparotomies (dont une avec splénectomie) et d'insuffisance veineuse des membres inférieurs post syndrome thrombotique. Ils ont également exposé ce qui suit (cf. rapport, p. 11) :

« SYNTHÈSE ET DISCUSSION

Rappel de l'histoire médicale :

Madame V._____ est une assurée d'origine portugaise qui vit en Suisse depuis 1997. Elle est divorcée, sans enfant et vit avec un compagnon depuis 13 ans. Elle a travaillé presque exclusivement dans la restauration (service) depuis la fin de sa scolarité obligatoire, y compris après son arrivée en Suisse. Elle ne travaille plus depuis février 2009 suite à sa 2^{ème} opération.

Elle a été en bonne santé habituelle jusqu'à septembre 2007. En janvier 2008, elle bénéficie d'une intervention chirurgicale pour hernie discale L4-L5 droite. Pendant les premiers mois qui ont suivi l'intervention, les douleurs ont été nettement améliorées puis ont récidivé en automne 2008. Une IRM a été répétée, montrant une récurrence de la hernie discale L4-L5 paramédiane droite luxée vers le bas. Le traitement conservateur étant à nouveau inefficace, elle a été réopérée le 03.02.2009 d'une cure de hernie discale avec

laminectomie L4-L5 droite. Cette deuxième intervention sera suivie de nombreuses complications, notamment vasculaires, avec choc hémorragique, trois laparotomies exploratrices, sutures de plusieurs artères et veines du bassin et enfin une splénectomie.

Les lombosciatalgies droites ont persisté malgré la 2^{ème} intervention et sont restées inchangées, plutôt en aggravation. Elle a eu de multiples traitements, peu efficaces.

Actuellement, les douleurs de lombosciatalgies droites sont toujours présentes, inchangées, constantes, nettement augmentées dans les positions assises ou debout prolongées, la limitant dans la vie de tous les jours, selon les mouvements ou les activités.

Les douleurs sont légèrement diminuées par un traitement d'anti-inflammatoires et d'antalgiques, ainsi que par de la physiothérapie deux fois par semaine.

Elle a eu un bloc radiculaire le 21.07.2011 qui n'a apporté aucune amélioration.

Madame V. _____ mentionne qu'elle a vu fin 2010 le Docteur [...], neurochirurgien à [...], qui lui aurait dit qu'il ne retient pas indication à une nouvelle intervention chirurgicale.

Elle bénéficie d'un suivi en Consultation de la Douleur à la Clinique [...]. Un TENS et la participation à un groupe de « kinésiophobie » sont restés peu efficaces. L'expertisée reçoit un traitement antalgique à base d'anti-inflammatoires et Tramadol. Les opiacés ne sont pas supportés.

Elle a effectué un stage d'évaluation et d'observation, à l'O. _____, à 50% en avril 2011 : selon les conclusions, l'inconfort de l'expertisée est important avec des douleurs invalidantes après ½ matinée, l'endurance faible, la dextérité moyenne et les rendements d'environ 50%. L'expertisée a le sentiment que ce stage a confirmé son incapacité à 100% d'exercer une activité lucrative.

Concernant les complications vasculaires, elle présente actuellement, selon le dernier rapport angiologique, une insuffisance veineuse des membres inférieurs post-syndrome thrombotique, nécessitant le port de bas à varices et un traitement de Venoruton.

Situation actuelle et conclusions :

Sur le plan rhumatologique, Madame V. _____ garde à l'examen clinique un important syndrome vertébral lombaire, un déficit sensitif le long du trajet L5 droit et de discrets signes d'irritation radiculaire avec un Lasègue positif à 60° à droite. On retient au status 5/18 points de fibromyalgie.

La dernière IRM lombaire du 18.11.2009 montre une discopathie L4-L5 en aggravation depuis novembre 2008 avec une fibrose médiane-paramédiane droite en L4-L5, pouvant engainer la racine L5.

A noter qu'il n'y a pas eu d'EMG [électromyogramme].

En conclusion, Madame V. _____ présente donc des lombosciatalgies L5 droites résiduelles, hyperalgiques avec persistance de signe d'irritation radiculaire, suite à 2 cures de hernie discales L4-L5 à droite, avec formation d'une fibrose cicatricielle pouvant irriter la racine L5 droite visualisée à l'IRM de novembre 2009.

Il n'y a pas de fibromyalgie, soit au moins 11 points sur 18 pour retenir ce diagnostic.

Du point de vue fonctionnel, en raison des importantes douleurs résiduelles, elle reste très limitée dans les positions debout prolongées, ou assises prolongées, dans les travaux lourds et les ports de charge.

Du point de vue thérapeutique, son traitement pourrait être optimisé avec par exemple introduction d'un antidépresseur à visée antalgique. Elle pourrait aussi bénéficier d'une prise en charge un peu plus active en physiothérapie avec des exercices de remobilisation et des techniques de désensibilisation de la région lombaire basse.

Du point de vue professionnel, elle ne peut plus exercer son activité de serveuse en raison des lombosciatalgies droites résiduelles, et également de l'insuffisance veineuse post-syndrome thrombotique.

Elle pourrait effectuer une activité légère, plutôt assise mais avec des changements très fréquents de positions entraînant une diminution du rendement d'environ 50% (60% avec une diminution de rendement de 15%).

Sur le plan psychique, Madame V. _____ a très peu de plaintes, elle évoque un moral fluctuant, se décrit comme fragile, il n'y a pas de plainte dans le registre dépressif, ni d'angoisse, pas d'idées noires ou suicidaires, l'appétit est conservé, les troubles du sommeil sont en relation avec les douleurs. Il y a quelques plaintes cognitives, plutôt discrètes, globalement les plaintes sont surtout centrées sur les douleurs.

Les activités quotidiennes sont réduites.

L'observation est congruente avec l'anamnèse, il n'y a pas de trouble de l'humeur ou anxieux manifeste, ni trouble cognitif.

On notera par ailleurs que Madame V. _____ n'a jamais eu de suivi psychiatrique, de plus, aucun psychotrope n'est prescrit.

En conclusion, il n'y a pas de trouble psychique atteignant un niveau diagnostic, donc aucune incapacité de travail ne peut être retenue.

Il n'y a pas de critères pour retenir un trouble somatoforme, par ailleurs le diagnostic de fibromyalgie n'a pas été retenu.

REPONSES AUX QUESTIONS DE L'OFFICE D'ASSURANCE INVALIDITE

[...]

B. Influences sur la capacité de travail

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Sur le plan physique

En raison des douleurs résiduelles de lombosciatalgies droites, elle est limitée dans les positions prolongées assise ou debout, les activités physiques, les ports de charges et les travaux lourds.

En raison de l'insuffisance veineuse chronique elle ne peut pas rester debout de manière prolongée.

Sur le plan psychique et mental

Aucune.

Sur le plan social

Aucune.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

L'ancienne activité de serveuse n'est plus possible.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Aucune dans l'activité antérieure.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)?

Non.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure?

--

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Depuis le 23.01.2009

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

Elle s'est partiellement améliorée.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré(e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel?

Oui.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants :

la possibilité de s'habituer à un rythme de travail
l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social
la mobilisation des ressources existantes
Sinon, pour quelles raisons?

Oui.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

Non.

[...]

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e) ?

Oui. »

Dans un rapport SMR du 20 janvier 2011, le Dr H._____ a repris les conclusions des experts du M._____. Il retenait ainsi que l'assurée avait présenté une incapacité de travail entière dès février 2009, puis une capacité de travail de 51% (y compris la baisse de rendement) dans une activité adaptée, à savoir une activité limitant les positions prolongées assise ou debout, les activités physiques, les ports de charge et les travaux lourds, ainsi que la station debout prolongée (en raison de l'insuffisance veineuse).

Selon une note de suivi de l'OAI relatant un entretien avec l'assurée du 15 février 2012, cette dernière affirmait qu'elle ne pouvait plus travailler, même dans une activité adaptée, contrairement aux conclusions retenues par les experts. Elle a expliqué avoir subi deux nouvelles interventions, les 23 janvier et 6 février 2012, pour la pose d'un stimulateur afin de diminuer les douleurs.

Dans un rapport du 12 mars 2012 à l'OAI, la Dresse K._____ a indiqué que le pronostic d'évolution à la suite des interventions des 23 janvier et 6 février 2012 allait dans le sens d'une amélioration. La Dresse K._____ a expliqué que la capacité de travail de l'assurée n'était pas déterminable pour l'instant, l'adaptation thérapeutique étant en cours. Selon ce médecin, les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de position uniquement assis ou uniquement debout (ou alors éventuellement exigible 30 minutes toutes les deux heures), pas de

différentes positions, pas d'activité exercée principalement en marchant, une activité évitant de se pencher, de travailler les bras au-dessus de la tête, de s'accroupir, de se mettre à genoux, d'effectuer des rotations du tronc, de monter sur une échelle et de porter des charges de plus de 2 kg. Les capacités de concentration, d'adaptation et de résistance étaient également limitées.

Par avis médical du 27 mars 2012, le Dr H. _____ a maintenu les conclusions de son dernier rapport en l'absence de faits nouveaux.

Le 24 avril 2012, l'OAI a rendu un projet d'acceptation de rente, avec la motivation suivante (cf. rubrique « *résultat de nos constatations* ») :

« Depuis le 23 janvier 2009 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

Dans le cadre de l'instruction, une expertise pluridisciplinaire a été effectuée le 6 et 15 septembre 2011 au M. _____ à [...]. Il ressort de cet examen, confirmé par le Service Médical Régional AI (SMR), que vous présentez à la fin du délai d'attente d'une année, soit au 23 janvier 2010, une incapacité de travail et de gain totale dans toute activité professionnelle.

Cependant, à compter du 15 septembre 2011, une capacité de travail et de gain de 50% est reconnue dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (capacité de travail limitée dans les positions prolongées assise ou debout, les activités physiques, les ports de charges et les travaux lourds, pas de position debout de manière prolongée), soit en tant que caissière, agente de contrôle de qualité dans une chaîne de production, ouvrière de conditionnement de matériel léger (mise sous plis, emballage), ouvrière de production dans l'industrie de précision (alimentation de machines préréglées, assemblage de composants électroniques/informatiques).

[...]

L'expertise du M. _____ se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cette expertise a dès lors pleine valeur probante.

Afin de déterminer le préjudice économique, et par conséquent le degré d'invalidité présenté à partir du 15 septembre 2011, le revenu que vous auriez pu obtenir en poursuivant votre activité de serveuse, CHF 50'164.75, est comparé aux gains résultant de l'exercice à plein temps d'une activité lucrative adaptée.

[...]

Le revenu d'invalidé présenté s'élève ainsi à CHF 23'727.60.

Le préjudice économique est calculé de la manière suivante :

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF	50'164.75		
avec invalidité	CHF	23'727.60		
La perte de gain s'élève à	CHF	26'437.15	=	degré
d'invalidité de 53%				

[...]

Le droit potentiel à la rente naît le 1^{er} janvier 2010. Vous avez cependant déposé votre demande de prestations le 5 octobre 2009 seulement. Dès lors, votre demande est tardive et la rente ne peut vous être allouée qu'à partir du 1^{er} avril 2010.

[...]

Notre décision est par conséquent la suivante :

- Dès le 1^{er} avril 2010, le droit à une rente entière est ouvert.
- Dès le 1^{er} janvier 2012, soit trois mois après qu'une capacité de travail de 50% est reconnue, le droit à une demi-rente est ouvert.
- Le droit à la rente est suspendu durant le versement de l'indemnité journalière. »

Le 2 mai 2012, l'assurée, désormais représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, a expliqué qu'elle n'était pas en mesure de travailler dans une activité adaptée à un taux supérieur à 30%, ce moyennant une diminution de rendement conséquente. Elle avait également des doutes sur son gain de valide, point qu'elle souhaitait vérifier.

Le 29 mai 2012, l'assurée, par son conseil, a adressé à l'OAI un rapport du 24 mai 2012 du Dr P._____, dans lequel ce dernier remettait en cause les résultats de l'expertise du M._____, relevant en particulier qu'il existait des contradictions avec les rendements retenus par l'O._____. Le Dr P._____ estimait, pour sa part, une incapacité de travail de 50% avec une diminution de rendement de 15%, soit une capacité de travail résiduelle de 35% dans une activité adaptée permettant des pauses fréquentes, des changements de positions fréquents rythmés au quart d'heure (excluant l'activité de caissière), une activité sans port de charge, sans contrainte temporelle, sans travail à la chaîne et pas dans le domaine de la manutention industrielle.

Par avis médical du 14 juin 2012, le Dr N._____, médecin auprès du SMR et spécialiste en chirurgie, a observé que les objections du Dr P._____, ne se fondaient pas sur des faits médicaux objectifs et qu'il convenait dès lors de se fonder sur l'appréciation des experts du M._____, retenant une capacité de travail résiduelle de 51%.

Par courrier du 7 janvier 2013, l'OAI a imparti un délai à Me Hofstetter pour lui faire savoir s'il lui avait été possible de procéder à des vérifications s'agissant du revenu sans invalidité, l'informant qu'à défaut de nouvelles dans un délai au 21 janvier 2013, il considérerait que le salaire sans atteinte à la santé de 50'164 fr. 75 était accepté. Ce délai a été prolongé au 4 mars 2013.

Le 11 avril 2013, l'OAI a fait savoir à Me Hofstetter que, sans nouvelle de sa part malgré les différents délais accordés, il n'avait pas été rendu plausible une modification du revenu sans invalidité de sa mandante. Le même jour, l'OAI a adressé la motivation à la Caisse de compensation en vue de la notification de la décision.

Par deux décisions datées du 25 juin 2013 adressées à l'assurée, l'une portant sur la période du 1^{er} avril 2010 au 31 décembre 2011, et l'autre dès le 1^{er} janvier 2012, l'intéressée s'est vu reconnaître le droit à une rente entière fondée sur un taux d'invalidité de 100% du 1^{er} avril 2010 au 31 décembre 2011, puis à une demi-rente à compter du 1^{er} janvier 2012 sur la base d'un taux d'invalidité de 53%.

Les décisions ont été communiquées le 28 octobre 2013 au conseil de l'assurée. Par fax du 31 octobre 2013, Me Hofstetter a relevé que sa cliente n'avait jamais reçu les décisions du 25 juin 2013, qu'il avait, au nom et pour le compte de l'assurée, contesté le projet d'acceptation de rente du 24 avril 2012 et qu'aucune décision formelle portant sur cette contestation ne lui avait été notifiée. Le 12 novembre 2013, l'OAI a fait savoir à Me Hofstetter qu'il considérait qu'il avait eu connaissance des

décisions du 25 juin 2013 à la suite de l'envoi d'une copie de celles-ci à son adresse le 28 octobre 2013.

B. Par acte du 27 novembre 2013, V._____, représentée par Me Hofstetter, a recouru contre la décision du 25 juin 2013 relative à la période postérieure au 1^{er} janvier 2012 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité également au-delà du 1^{er} janvier 2012, et subsidiairement à son annulation. En substance, elle fait valoir que la décision attaquée n'est pas motivée. Elle expose ensuite que le rapport du Dr P._____ du 24 mai 2012 selon lequel les appréciations médicales de l'OAI et du M._____ ne sont pas convaincantes ni probantes est très concluant. Pour le Dr P._____, la capacité de travail résiduelle est de 35%, et c'est cet avis qui doit être suivi. Elle estime en outre que l'abattement aurait dû s'élever à 15% et non pas à 10% compte tenu de son handicap, de son âge, de sa nationalité et de son intégration relative. En dernier lieu, elle requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (en tout cas orthopédique et rhumatologique) pour déterminer sa capacité de travail exigible dans l'éventualité où l'autorité avait des doutes à ce sujet.

Par décision du 2 décembre 2013, la recourante a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 27 novembre 2013, Me Hofstetter ayant été désigné avocat d'office.

Dans sa réponse du 18 décembre 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours, relevant qu'il ressortait du rapport d'expertise du M._____ du 27 décembre 2011 que la recourante présentait une capacité de travail de 60% avec une diminution de rendement de 15% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (c'est-à-dire $60\% \times 15\% = 51\%$). L'intimé soulevait également que le rapport médical du Dr P._____ du 24 mai 2012 ne permettait pas de remettre en cause la valeur probante de l'expertise médicale du M._____. Quant au taux d'abattement de 10% retenu, l'intimé a expliqué qu'il était conforme à la

jurisprudence et qu'une réduction supplémentaire ne se justifiait pas, la recourante étant âgée de 39 ans en 2010 et au bénéfice d'un permis C.

Le 6 janvier 2014, la recourante s'est déterminée, exposant ne pas partager le point de vue de l'intimé quant au calcul de sa baisse de rendement. Selon elle, lorsque l'on parlait d'une capacité de travail de 60% avec une diminution de rendement de 15%, c'était une capacité de travail au sens large résiduelle de 45% qu'il y avait lieu de prendre en compte.

Le 24 janvier 2014, la recourante a transmis à la Cour de céans un rapport médical de la Dresse K. _____ du 20 janvier 2014 dont il ressortait que l'IRM effectuée au mois d'avril 2013 montrait la présence d'une petite récurrence de hernie discale paramédiane droite entrant en conflit avec l'émergence de la racine L5 droite. Selon ce rapport, la recourante avait également commencé à présenter des douleurs lombaires gauches qui avaient pu être mises sur le compte d'une protrusion discale paramédiane gauche entrant en contact avec l'émergence de la racine L5 gauche, ainsi que d'une progression d'un rétrécissement d'origine dégénérative du foramen transversaire à gauche. Elle présentait également des cervicalgies importantes investiguées par une IRM, et avait développé dans ce contexte de failed back surgery syndrome, de lombalgies multifactorielles et de cervicalgies chroniques, un état dépressif réactionnel.

Le 27 janvier 2014, l'intimé a précisé, s'agissant de la capacité de travail résiduelle de l'assurée, qu'il convenait de tenir compte d'une diminution de rendement de 15% sur un taux d'activité de 60%, ce qui donnait une capacité de travail de 51% ($60\% \times 15\% = 9\%$ et $60\% - 9\% = 51\%$).

Dans son courrier du 5 février 2014, la recourante a indiqué que les experts du M. _____ n'avaient jamais évoqué ni insinué l'existence d'un rendement pondéré. Elle priait la Cour de céans de se rallier à son appréciation.

Le 24 février 2014, l'intimé a expliqué avoir soumis pour appréciation le rapport de la Dresse K._____ du 20 janvier 2014 au SMR. Sur la base de l'avis médical du 18 février 2014 du Dr N._____, lequel retient que l'état de santé de la recourante s'est probablement aggravé en avril 2013, l'intimé a considéré que l'éventuelle augmentation de la demi-rente d'invalidité ne pouvait avoir lieu qu'à partir de juillet 2013, soit trois mois après l'hypothétique aggravation (art. 88a al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Dès lors que la décision attaquée datait du 25 juin 2013, elle pouvait dès lors être confirmée et le recours rejeté.

C. Le juge instructeur a complété l'instruction en interpellant les médecins du M._____ sur la question du taux d'incapacité de la recourante, singulièrement sur celle de savoir ce qu'il fallait entendre par capacité de 60% avec une baisse de rendement de 15%. La Dresse J._____ a apporté la réponse suivante le 8 mai 2014 :

« La capacité de travail est de 60% avec une perte de rendement de 15% durant ce 60%, ce qui fait retenir une capacité de travail résiduelle de 51% (50%). »

Le 26 mai 2014, l'OAI a derechef préavisé pour le rejet du recours.

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, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). 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.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification régulière de la décision attaquée, à savoir la communication du 28 octobre 2013 au conseil de la recourante (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

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

c) En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité supérieure à une demi-rente, singulièrement sur l'évaluation de son incapacité de travail.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70%.

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge s'il y a recours – a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/2006 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les arrêts cités).

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 la 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 de l'expert 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 (cf. ATF 134 V 231, 125 V 351 consid. 3a et 122 V 157 consid. 1c et les références).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3.2).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa ; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2).

4. Dans un premier moyen, la recourante se plaint d'un manque de motivation de la décision.

On rappellera qu'au terme de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation a été déduite par la jurisprudence du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), afin que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, le juge, respectivement l'administration, doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 134 I 83 consid. 4.1 et les arrêts cités).

Le grief tiré du défaut de motivation de la décision n'est pas fondé en l'espèce, dans la mesure où l'intimé a indiqué les motifs qui l'ont conduit à retenir que la recourante avait droit à une rente entière dès le 1^{er} avril 2010 et à une demi-rente dès le 1^{er} janvier 2012 (cf. projet d'acceptation de rente du 24 avril 2012). En outre, à la suite des observations de la recourante des 2 et 29 mai 2012 sur l'évaluation de son incapacité de travail et de son gain de valide, l'OAI a soumis à nouveau le cas au Service médical régional, qui s'est positionné dans un avis du 14 juin 2012. L'OAI a interpellé le conseil de la recourante le 7 janvier 2013 et lui a imparti plusieurs délais pour faire connaître son point de vue sur le montant du salaire sans invalidité. Finalement, l'intimé a expliqué dans son courrier du 11 avril 2013 les raisons le conduisant à maintenir son projet de décision, sans qu'il ne puisse lui être fait grief de n'avoir pas motivé sa prise de position. Enfin, la recourante n'a pas fait valoir dans ses écritures qu'elle aurait méconnu la portée de la décision litigieuse,

décision qu'elle a d'ailleurs été en mesure d'attaquer en connaissance de cause.

5. Sur le fond, la recourante fait essentiellement valoir que l'appréciation du Dr P._____ doit l'emporter sur celles des médecins du SMR et du M._____.

Il n'est pas contesté que la recourante a présenté une incapacité totale de travailler du 23 janvier 2009 jusqu'en septembre 2011 et qu'elle n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de serveuse, si bien qu'est seule litigieuse la question de sa capacité de travail dans une activité adaptée pour la période postérieure.

La décision du 25 juin 2013 était essentiellement fondée sur l'expertise réalisée par le M._____ les 6 et 15 septembre 2011. Dans leur rapport du 27 décembre 2011, les experts ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies L5 droites et résiduelles hyperalgiques, de status après cure de hernie discale L4-L5 en janvier 2008, de status après deuxième cure de hernie discale L4-L5 avec hémilaminectomie à droite en février 2009, compliquée de lésions vasculaires iatrogènes ayant nécessité trois laparotomies (dont une avec splénectomie) et d'insuffisance veineuse des membres inférieurs post syndrome thrombotique. Ils étaient d'avis que la recourante présentait une capacité de travail résiduelle de 50% (60% avec une diminution de rendement de 15%), dans une activité adaptée, soit qui limite les positions prolongées assise ou debout, les activités physiques, les ports de charges et les travaux lourds.

Les experts ont rédigé leur rapport après avoir étudié les pièces du dossier, établi une anamnèse, pris note des plaintes de la recourante et procédé à un examen clinique. Ils se sont exprimés sur l'évolution de l'état de santé de la recourante et se sont prononcés sur sa capacité de travail. En outre, leurs conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Au demeurant, l'expertise a été complétée afin de déterminer avec précision quel était le taux de capacité

de travail résiduelle de la recourante, et le taux de 51% confirmé (cf. courrier de la Dresse J. _____ du 8 mai 2014).

L'avis du Dr P. _____, médecin traitant de la recourante, n'est pas de nature à remettre en cause l'expertise, comme l'a souligné à juste titre le SMR (cf. avis médical du 14 juin 2012). En effet, le Dr P. _____ n'apporte aucun élément médical objectif à ses constatations ; en particulier, il n'explique pas les raisons pour lesquelles il s'écarte de l'appréciation des experts et se limite à retenir une capacité de travail de 35%, sans examen médical ou diagnostic différent à l'appui (cf. rapport du 24 mai 2012). Quant à la Dresse K. _____, elle ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail de la recourante. Au demeurant, l'aggravation de l'état de santé dont la Dresse K. _____ fait état dans son rapport du 20 janvier 2014 ne serait apparue qu'en avril 2013. A cet égard, il y a lieu de noter que même si l'aggravation était admise, elle n'aurait pu survenir que trois mois après, soit en juillet 2013. Or la décision attaquée a été rendue le 25 juin 2013 et, conformément à la jurisprudence, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation devant faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. consid. 2b).

Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir en se basant sur l'avis des experts du M. _____ que l'intéressée présente bien une capacité de travail résiduelle de 51%.

6. Sur le plan économique, la recourante conteste le taux d'abattement de 10% retenu par l'OAI, à déduire du revenu d'invalidité calculé sur la base des données statistiques de l'Enquête sur la structure des salaires (ci-après : ESS).

Rappelons que cette réduction dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service,

nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75, consid. 5b/aa-cc).

Au bénéfice d'un permis de séjour, l'assurée, qui n'est au demeurant pas âgée, vit en Suisse depuis 1997, et a travaillé comme serveuse dans plusieurs établissements depuis son arrivée en Suisse, sans qu'il n'y ait lieu de douter de son intégration ; il ressort en particulier de l'anamnèse de l'expertise du 27 décembre 2011 qu'elle a un compagnon qui est un soutien important pour elle, ainsi que des amis qu'elle voit occasionnellement. En outre, ses limitations fonctionnelles ont déjà été prises en compte dans la diminution de rendement fixée à 15%, de sorte qu'elles ne sauraient l'être une seconde fois en tant que facteur de réduction du revenu d'invalidité. Compte tenu de ces circonstances, le taux d'abattement de 10% retenu par l'OAI n'est pas critiquable.

A titre indicatif, il convient de reprendre le calcul du degré d'invalidité de la recourante. Pour déterminer le revenu avec invalidité, le salaire de référence serait celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) en 2010, soit 4'225 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2010, TA1, 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 2010 (41,6 heures ; cf. OFS / La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 9.2), le revenu mensuel s'élèverait à 4'394 fr. ($4'225 \text{ fr.} \times 41,6 / 40$), ce qui correspondrait à un salaire annuel de 52'728 fr. à plein temps. Compte tenu d'une capacité de travail partielle de 51% (et non de 50% tel que retenu par l'OAI dans son calcul) et d'une pondération de 10%, telle qu'elle a été admise ci-dessus, la somme de 24'202 fr. constituerait le revenu d'invalidité déterminant. Comparé au revenu sans invalidité de 50'164 fr. 75, le taux d'invalidité est de 52%. Par ailleurs, un taux d'abattement de 15% - même s'il était admis

- n'ouvrirait pas de droit à plus qu'une demi-rente (il en résulterait alors un revenu avec invalidité de 22'857 fr. 60 qui, comparé au revenu sans invalidité de 50'164 fr. 75, conduirait à un taux d'invalidité de 54,4%, arrondi à 54%).

En conséquence, c'est à juste titre que l'intimé a octroyé à la recourante une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2012.

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 pluridisciplinaire, comme le requiert la recourante. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves, KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

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

a) La recourante n'obtient pas gain de cause, de sorte qu'elle ne peut pas prétendre à des dépens en sa faveur (art. 61 let. g LPG) et qu'elle supportera les frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI), arrêtés à 400 francs. Toutefois, dès lors qu'elle est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

b) La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Hofstetter à compter de 27 novembre 2013 (art. 118 al. 1 let. c CPC [code de procédure civil du 19 décembre 2008 ; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Celui-ci a produit la liste de ses opérations faisant état d'un temps consacré à la défense de la recourante de 14 heures et 25 minutes. Après examen, le temps consacré à la réalisation des opérations listées

paraît adapté. Le tarif applicable est de 180 fr./heure (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement vaudois sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; RSV 211.02.3]). Ainsi, Me Hofstetter a droit à un montant de 2'914 fr. 60, TVA (8%) et débours compris (2'595 fr. + 207 fr. 60 + 112 fr.).

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenu d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 CPC). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ) en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 25 juin 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** Une indemnité d'office de 2'914 fr. 60 (deux mille neuf cent quatorze francs et soixante centimes), débours et TVA compris, est allouée à Me Hofstetter, conseil de la recourante.
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD,

tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour V. _____),
- 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 :