

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 avril 2021

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Berberat, juge, et M. Reinberg, assesseur
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

J._____, à [...], recourante, représentée par Me Catherine Merényi,
avocate à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. J._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1981, était employée en tant que gestionnaire de prestations au sein d'une assurance jusqu'en 2006. Elle a ensuite bénéficié de prestations de l'assurance-chômage avant d'émarger aux services sociaux.

Le 9 mai 2014, le Centre social régional de [...] a rempli une demande de détection précoce pour l'assurée et l'a adressée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Lors d'un entretien de détection précoce du 4 juin 2014, l'assurée a indiqué qu'elle était atteinte d'une hernie discale L5-S1 depuis plus de dix ans. En janvier 2014, son état de santé avait empiré. Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) réalisée le 20 février 2014 avait mis en évidence une forte inflammation au niveau de sa hernie. Une autre hernie L4-L5 avait également été diagnostiquée. Des traitements conservateurs, soit des infiltrations et des séances de physiothérapie, n'avaient pas donné de résultat. L'assurée devait consulter un spécialiste, alors même que son médecin traitant ne conseillait pas d'intervention chirurgicale en raison des risques qu'elle présentait.

Le 23 juin 2014, l'assurée a adressé à l'OAI une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), indiquant souffrir depuis 2004 d'hernies discale L4-L5 et L5-S1 ainsi que d'apnée du sommeil.

Dans le formulaire « Détermination du statut (part active/part ménagère) », complété le 8 juillet 2014, l'assurée a indiqué à l'OAI que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 %.

Dans un rapport non daté, reçu par l'OAI le 8 juillet 2014, le Dr Z._____, spécialiste en radiologie, a posé le diagnostic de hernie discale L5-S1 existant depuis de nombreuses années. Il s'agissait d'une récurrence

de lombosciatique droite pour laquelle des infiltrations épidurales et de la physiothérapie étaient en cours. L'assurée était totalement incapable de travailler depuis le 1^{er} mai 2014, ne pouvant ni se baisser ni rester assise. Sa capacité de travail devrait être réévaluée après le traitement par infiltrations et une éventuelle herniectomie.

Dans un rapport du 12 juillet 2014, le Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé les diagnostics de hernie discale L5-S1 paramédiane droite et de protrusion discale médiane L4-L5 de longue date, de reflux gastro-œsophagien (RG) sur œsophagite peptique de stade A, de syndrome d'apnée du sommeil (SAS) traité par un avancement mandibulaire, de syncopes vasovagales depuis 1999 récidivantes à raison de 3 à 4 fois par année, d'hypotension orthostatique, d'hypothyroïdie, d'insuffisance veineuse bilatérale des membres inférieurs, de polyallergies, d'obésité de stade II et de tremblements d'origine peu claire. L'incapacité de travail de l'assurée, totale depuis le 17 février 2014, était due à ses lombalgies qui provoquaient des douleurs insupportables. L'intéressée ne pouvait pas porter de charges lourdes, pas fléchir le tronc ni rester en position assise prolongée. Le pronostic était moyen, à réévaluer après l'herniectomie qui était programmée prochainement.

Le 8 septembre 2014, le Dr Z._____ a réalisé une herniectomie. L'assurée a très mal supporté l'intervention, de sorte que le médecin n'a pu procéder qu'à une décompression partielle de la hernie. Dans un rapport de sortie du 10 septembre 2014, il a précisé qu'un geste sous anesthésie générale en chirurgie ouverte serait nécessaire si la décompression s'avérait insuffisante. Un mois plus tard, il a constaté, dans un rapport du 10 octobre 2014, que la décompression mécanique de la hernie n'avait été que très peu efficace sur la symptomatologie présentée par l'assurée. Une chirurgie étant à envisager, le Dr Z._____ a proposé à l'intéressée de consulter le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Dans un rapport du 16 octobre 2014, le Dr M._____ a constaté que le tableau clinique de l'assurée n'était pas celui d'une hernie discale mais plutôt celui d'une lombalgie chez une patiente qui présentait d'autres facteurs de déconditionnement, en tout cas physique. Une chirurgie n'était pas indiquée, en l'absence de signe de souffrance radiculaire et de compression importante sur l'imagerie. Craignant qu'une intervention chirurgicale soit un échec, le Dr M._____ a préconisé une prise en charge globale de l'assurée, l'adressant notamment au Dr B._____, médecin praticien.

Dans un rapport du 5 mars 2015, le Dr B._____ a posé les diagnostics de lombosciatalgies droites chroniques dans le cadre de discopathies L4-L5 et L5-S1, de protrusion discale L5-S1 droite et d'hypermobilité articulaire type Ehler-Danlos type hypermobile. Le praticien a constaté qu'il y avait un petit syndrome lombo-vertébral avec un déconditionnement. Une prise en charge rééducative semblait opportune, à réaliser idéalement en stationnaire mais en dehors des périodes scolaires pour qu'un tiers puisse s'occuper de la garde de l'enfant de l'assurée. L'intéressée ne pouvait demeurer en position assise ou debout durant plus de dix minutes. Ces restrictions pouvaient être réduites par un reconditionnement musculaire de 3 à 6 mois.

Interpelé par l'OAI, le Dr B._____ a indiqué, dans un rapport du 2 novembre 2015, que l'état de santé de l'assurée était stationnaire. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle. Elle était inférieure à 50 % dans une activité adaptée ne nécessitant aucun port de charges et alternant les postures assis/debout toutes les demi-heures.

Le 16 février 2016, l'assurée a passé un examen clinique rhumatologique auprès du Dr V._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie au Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR). Aux termes d'un rapport du 7 mars 2016, le Dr V._____ a posé le diagnostic incapacitant de lombosciatalgies droites non déficitaires, dans un contexte de hernie discale L5-S1 paramédiane droite (M54.4), ainsi que les diagnostics non incapacitants de syndrome

d'hypermobilité articulaire généralisée et d'obésité de classe I. Le Dr V._____ a constaté que l'évolution des lombosciatalgies était partiellement favorable, avec une régression de la sciatalgie S1 et une amélioration de la mobilité lombaire. Il a considéré que l'hypermobilité articulaire généralisée était non incapacitante, celle-ci n'influençant pas la capacité de travail dans l'activité habituelle de gestionnaire en assurances, mais justifiant tout de même des limitations fonctionnelles dans des travaux physiquement très contraignants ou sur un plan instable et en terrain irrégulier. Les lombosciatalgies entraînaient également des limitations fonctionnelles, à savoir pas de travaux répétés en flexion/extension, pas de travaux prolongés en porte-à-faux, pas de port de charges répété au-delà de 5 kg (charges très légères), pas de position assise prolongée au-delà d'une heure ou debout au-delà de 30 minutes. L'assurée était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle de gestionnaire en assurances depuis le 17 février 2014, en raison de la position assise prolongée qui y était pratiquée. L'incapacité de travail restait totale dans les activités ne respectant pas les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis lombaire. Dans une activité adaptée, l'assurée disposait en revanche d'une capacité de travail de 75 % depuis le 26 janvier 2015, date de la consultation auprès du Dr B._____.

Lors d'un entretien du 25 mai 2016, un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a relevé que l'état de santé de l'assurée n'était visiblement pas stabilisé, au vu des douleurs chroniques dont elle souffrait. Toute tentative de réadaptation serait ainsi un échec. Alors que le SMR avait considéré que l'activité d'employée administrative n'était plus adaptée, le collaborateur de l'OAI estimait que seule une activité d'employée de bureau serait théoriquement envisageable (rapport initial de réadaptation du 13 juin 2016).

Dans un rapport du 21 juin 2016, le Dr X._____ a fait état d'une évolution défavorable de l'état de santé de l'assurée et a continué à attester d'une incapacité de travail totale dans toutes activités depuis le 15 novembre 2013. Il a constaté que les douleurs lombaires étaient évaluées par l'assurée à 10/10, irradiant dans le membre inférieur, et que

la position debout ou couchée n'était pas tolérée par l'intéressée qui faisait également des malaises à répétition. Le Dr X. _____ a transmis à l'OAI un rapport du Dr B. _____ du 26 octobre 2015 dans lequel celui-ci constatait que la situation était stationnaire. Il n'avait pas d'autres suggestions à offrir à sa patiente, hormis une nouvelle médication rehaussant le seuil de la douleur pour traiter les douleurs de type fibromyalgique.

L'OAI a mis en œuvre une enquête économique sur le ménage au domicile de l'assurée, dont le rapport du 12 août 2016 retenait un statut d'active à 100 %. L'assurée avait en effet expliqué que, sans atteinte à la santé, elle aurait toujours travaillé à plein temps. L'invalidité dans la tenue du ménage était de 32,2 % selon l'enquêtrice. L'intéressée présentait des empêchements en lien avec les limitations fonctionnelles retenues par le SMR. L'enquêtrice a toutefois pris en compte une aide exigible de la fille de l'assurée, âgée de 15 ans. Concernant l'impotence, il est apparu que l'intéressée n'en présentait pas, compte tenu des propos tenus et du détail des actes ordinaires de la vie. Elle ne nécessitait pas non plus d'accompagnement. L'enquêtrice n'a donc pas réalisé d'enquête d'impotence.

L'OAI a octroyé à l'assurée, le 21 décembre 2016, une mesure d'évaluation et d'instruction au sein du Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité du Centre d'intégration et de formation professionnelle de [...] (ci-après : Orif). L'intéressée a toutefois informé l'OAI que son médecin traitant l'empêchait de s'y présenter (note d'entretien du 12 janvier 2017). Dans un rapport du 28 février 2017, le Dr X. _____ a exposé que l'évolution de l'état de santé de sa patiente était globalement sans changement, avec des épisodes de péjoration de ses sciatalgies qui étaient extrêmement invalidantes. La dernière crise était intervenue aux environs de Noël 2016, avait persisté jusqu'en janvier de l'année suivante et empêchait l'assurée de commencer la mesure professionnelle prévue. L'intéressée était toutefois motivée à reprendre une activité, mais empêchée par ses douleurs.

Dans un avis du 29 mars 2017, le SMR a précisé que sa position était inchangée, en l'absence de fait nouveau médicalement étayé.

Dans un rapport du 13 avril 2017, le Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale et néphrologie et médecin consultant pour l'Orif, a indiqué que le pré-examen réalisé le 3 janvier 2017 avait révélé une obésité, un déconditionnement musculaire, une limitation de la mobilité rachidienne, une patiente plaintive et démonstrative, des signes de non-organicité, sans mettre en évidence de contracture musculaire ni de déficit moteur neurologique des membres inférieurs. Selon le Dr P._____, l'assurée mettait elle-même un frein pratique à se déplacer pour exécuter le stage, évoquant ses craintes de « se bloquer » au vu de ses difficultés lors de petits trajets. Sur le plan médical toutefois, il estimait que le stage d'observation de quatre semaines au centre Orif était possible sans mise en danger de la santé de l'intéressée.

Le 8 juin 2017, l'OAI a adressé une sommation à l'assurée, lui impartissant un délai au 3 juillet 2017 pour accepter la mesure d'observation professionnelle qui était prévue, sommation à laquelle l'intéressée a répondu positivement le 30 juin 2017.

Dans le rapport final de réadaptation du 26 septembre 2017 faisant suite à un entretien du 22 septembre, le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a indiqué que l'assurée avait plus de peine à se mobiliser en raison d'un récent accident au cours duquel elle s'était tordu la cheville. Des traitements et des investigations étaient en cours mais une incapacité totale de travail était attestée par le médecin traitant. Concernant les mesures de réadaptation professionnelle, l'intéressée avait expliqué qu'elle ne s'y projetait pas, qu'elle souhaiterait s'engager mais que sa santé ne le lui permettait pas et que son médecin traitant continuait à attester d'une incapacité totale de travail. Elle avait précisé qu'elle avait été obligée par son assistante sociale de répondre favorablement à la reprise de la mesure. Le collaborateur de l'OAI a ainsi

constaté que toutes les propositions se heurtaient à un refus de la part de la bénéficiaire qu'elle justifiait par un état de santé trop précaire.

Aux termes d'un questionnaire de l'OAI relatif à l'accident précité, complété le 4 octobre 2017, le Dr X._____ a expliqué que l'intéressée avait chuté de sa hauteur le 6 août 2017, ce qui avait occasionné une contusion au genou gauche et aux deux pieds, des dermabrasions multiples et une entorse de stade II de la cheville droite. Il avait attesté une incapacité de travail totale du 6 août au 6 octobre 2017, à réévaluer. Le 31 octobre 2017, le Dr X._____ a précisé que l'incapacité de travail relative à l'accident avait pris fin le 20 octobre dernier. Il a ajouté que l'incapacité de travail totale en raison du syndrome lombaire se poursuivait jusqu'au 17 décembre 2017, à réévaluer.

Dans un projet de décision du 28 novembre 2017, confirmé par décision du 26 janvier 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Il a considéré que l'état de santé de celle-ci ne l'empêchait pas d'accomplir une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit pas de travaux répétés en flexion/extension, pas de travaux prolongés en porte-à-faux, pas de port de charges répété au-delà de 5 kg, pas de position assise prolongée au-delà d'une heure ou debout au-delà de 30 minutes, pas de travaux de force et pas de marche en terrain irrégulier. L'activité était exigible à 75 % dès le 26 janvier 2015. Tel serait le cas des activités de secrétaire médicale, d'assistante administrative ou d'employée de bureau. En comparant le revenu sans invalidité, arrêté à 54'008 fr. 08, au revenu avec invalidité de 38'480 fr. 82, tous deux déterminés sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), le degré d'invalidité s'élevait à 28,75 % et n'était donc pas suffisant pour ouvrir un droit à une rente. S'agissant des mesures professionnelles, l'OAI a constaté que l'assurée n'avait pas souhaité le soutien de son service de réadaptation.

B. Par acte déposé le 8 mars 2018 (timbre postal) par l'avocate Catherine Merényi, J._____ a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du

26 janvier 2018, concluant principalement à son annulation et à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée, subsidiairement à ce qu'une expertise judiciaire soit mise en œuvre, plus subsidiairement encore à ce que la cause soit renvoyée à l'intimé pour qu'il ordonne une expertise. Elle a d'abord soutenu qu'une rente devait lui être octroyée, au motif que le SMR avait considéré qu'elle n'était plus en mesure de travailler comme employée de bureau (avis du 16 février 2016) et que le Service de réadaptation de l'OAI avait estimé qu'en dehors de cette activité, il n'existait aucun autre métier qui respectait ses limitations fonctionnelles (rapport du 13 juin 2016). Elle a en outre argué que l'avis du SMR du 16 février 2016 était fondé sur un dossier incomplet, des constatations partiales et faisait état de conclusions contradictoires. L'OAI avait en outre violé la loi en ordonnant des mesures de réadaptation alors que son état de santé ne lui permettait pas de les suivre. Il était encore erroné de retenir qu'elle ne souhaitait pas suivre ces mesures.

Par décision du 21 mars 2018, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 8 mars 2018 et a obtenu à ce titre l'exonération du paiement d'avances et de frais judiciaires, ainsi que la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Catherine Merényi.

Par réponse du 9 avril 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours et renvoyé aux différents avis du SMR.

Par ordonnance du 16 juillet 2018, la juge instructrice de la Cour de céans a suspendu la cause, à la demande des parties, jusqu'au 31 octobre 2018.

Répliquant le 30 octobre 2018, la recourante a produit un rapport du 8 octobre 2018 de la Dre N._____, spécialiste en rhumatologie, confirmant la présence d'un syndrome d'Ehlers-Danlos (SED) hypermobile. Elle relevait que l'assurée présentait un tableau clinique compatible avec ce syndrome et qu'elle répondait aux critères diagnostics 2017. Elle constatait également que l'intéressée présentait

d'autres symptômes qui étaient rencontrés en présence d'un syndrome d'Ehlers-Danlos, soit un syndrome d'activation des mastocytes et une pathologie des petites fibres nerveuses.

Par duplique du 4 décembre 2018, l'intimé a indiqué avoir soumis les documents produits par la recourante au SMR, lequel s'était prononcé dans un avis du 28 novembre 2018. Selon le SMR, les différents courriers versés au dossier depuis son dernier avis n'étaient pas à même de changer ses conclusions. L'OAI a également relevé, à toutes fins utiles, que le Dr P._____ avait mis en évidence une attitude plaintive, démonstrative et attestait de l'aptitude au stage.

Le 8 avril 2019, la recourante a notamment produit un rapport du 18 mars 2019 de la Dre Q._____, spécialiste en médecine interne générale. Elle indiquait que le bilan effectué révélait des anomalies de type hypodétection sensorielle prédominant aux pieds, compatible avec une atteinte neuropathique. Le profil sensoriel, avec une atteinte de la détection thermique et mécanique était compatible avec une atteinte des petites fibres, qui était fréquente avec un SED. Elle préconisait également de réaliser un électromyogramme afin d'exclure une autre forme de neuropathie. Elle notait encore des éléments anamnestiques compatibles avec un syndrome douloureux chronique avec scores de sensibilisation positif, ce qui semblait fréquent dans le contexte des SED. La recourante a encore produit un rapport de densitométrie osseuse du 1^{er} octobre 2018 mettant en évidence une densité osseuse légèrement abaissée au niveau lombaire sans atteindre la limite de l'ostéopénie, une dégradation de la microarchitecture osseuse lombaire et l'absence d'ostéopénie de la hanche gauche. Elle a ajouté qu'elle allait passer un électromyogramme, engager un suivi thérapeutique comme suggéré par la Dre Q._____ et consulter un spécialiste du SED.

Par courrier du 10 mai 2019, la recourante a informé la Cour de céans qu'une consultation était prévue auprès du Dr G._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, le 7 juin suivant.

Par ordonnance du 15 mai 2019, la juge instructrice a suspendu la cause jusqu'à réception du rapport du Dr G._____, auprès de qui la recourante avait rendez-vous.

Le 3 mars 2020, la recourante a produit plusieurs rapports du Dr G._____ des 10 juin, 26 juin, 28 août, 3 septembre, 25 septembre et 14 novembre 2019, ainsi qu'un rapport du 20 août 2019 du Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et un rapport du 25 septembre 2019 de la psychologue F._____. Dans ses différents rapports, le Dr G._____ posait notamment le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile (SEDh), associé à de légers troubles statiques dorsolombaires, à des signes de périarthrite de hanche des deux côtés, à des troubles statiques des pieds, à des signes de fasciite plantaire bilatérale et de tendinopathie des péroniers des deux côtés et du jambier postérieur, ainsi que des discrets signes compatibles avec un syndrome du défilé thoraco-brachial gauche (TOS). La recourante souffrait de nombreuses limitations, soit une endurance et une capacité à rester concentrée réduites au vu de la fatigue accrue, des troubles du sommeil, des déficits attentionnels liés à ces problématiques et au SEDh, une nécessité d'éviter la position debout et la marche fréquente, l'alternance des positions et des tâches avec des pauses (rapport du 10 juin 2019). Selon le Dr G._____, différents facteurs de baisse de rendement existaient, de sorte qu'une capacité de travail dans une activité légère et relativement adaptée devait s'élever à 60 %. Elle pouvait s'améliorer grâce à des moyens auxiliaires, tels que notamment des habits de contention, des coussins d'assise spécifique et une assise modulable (rapport du 26 juin 2019). Il précisait qu'après avoir vérifié les capacités domestiques de l'assurée, il pouvait tout au plus reconnaître une capacité de travail dans une activité en matinée, par périodes de 10 à 15 minutes, avec une baisse de rendement liée aux besoins de bouger, se lever, se reposer fréquemment, à la baisse des capacités cognitives et à l'accentuation des douleurs et de la fatigue. La capacité de travail maximale se situait entre 1 heure et 1 heure 30 par jour (rapport du 3 septembre 2019). Quant au Dr T._____, il constatait que l'anamnèse et les examens réalisés le 8 août 2019 étaient en faveur d'une plainte

mnésique et attentionnelle, d'apparition insidieuse et fluctuante avec la fatigue et les douleurs. Les difficultés pourraient être imputées au manque chronique de sommeil, à la médication antalgique, mais également au SEDh et à ses répercussions (rapport du 20 août 2019). L'assurée avait également réalisé un examen neuropsychologique auprès de la psychologue F._____. Il ressortait du rapport du 25 septembre 2019 relatif à cet examen un déficit en mémoire de travail verbale, une importante fatigabilité intellectuelle, un trouble en mémoire épisodique visuo-spatiale et des signes de fléchissement exécutif. Dans un rapport du 10 octobre 2019 relatif à un bilan cognitif, le Dr T._____ constatait que le bilan neurocognitif objectivait chez l'assurée la fatigabilité mentale et les répercussions sur la mémoire de travail dont elle faisait part. Le contexte médical, notamment le SED, devait être pris en compte. Les limitations retenues correspondaient à un trouble neuropsychologique de degré léger à moyen. Compte tenu de ces analyses, le Dr G._____ estimait qu'aucune autre origine que le SEDh n'avait pu être mise en évidence pour les troubles cognitifs. En ajoutant ces troubles cognitifs aux autres limitations, il ne pouvait pas retenir de capacité de travail de l'intéressée (rapport du 14 novembre 2019).

Se déterminant le 15 avril 2020, l'OAI a indiqué que les documents produits par la recourante n'amenaient aucun élément médical susceptible de modifier sa position et que ceux-ci étaient en outre postérieurs à la décision attaquée. Il a ajouté qu'auparavant, il n'avait jamais été fait mention d'un syndrome d'Ehlers-Danlos ni de troubles cognitifs.

Par courrier du 30 avril 2020, la recourante a précisé que le Dr B._____ avait déjà évoqué une hypermobilité articulaire type Ehlers-Danlos, dans son rapport du 15 mars 2015. Le SMR en avait également fait mention dans son rapport du 7 mars 2016, sans toutefois le discuter. L'assurée a ajouté qu'elle avait imputé ses troubles cognitifs à la prise de médicaments. Les examens réalisés récemment démontraient toutefois qu'ils étaient liés au syndrome d'Ehlers-Danlos.

Le 1^{er} octobre 2020, la recourante a transmis à la Cour de céans un rapport du 14 septembre 2020, relatif à l'état de santé qu'elle présentait au dépôt de sa demande de prestations AI. Dans ce rapport, les Drs W._____, spécialiste en anesthésiologie, K._____, spécialiste en médecine interne générale, et Q._____ ont relevé une anomalie structurelle et fonctionnelle des petites fibres.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier sur son droit à une rente.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être

lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

c) 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 de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 143 V 409 consid. 2.1 ; 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 2). Cependant, si un rapport médical postérieur à la décision litigieuse permet d'éclairer la situation médicale existant à ce moment-là, il doit être pris en considération (TF 9C_106/2019 du 6 août 2019 consid. 2.3.1).

5. a) La recourante soutient que le syndrome d'Ehlers-Danlos et les troubles cognitifs dont elle souffre justifient l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle se fonde sur les rapports médicaux produits en procédure judiciaire.

Pour sa part, l'OAI considère que ces rapports n'apportent pas d'éléments nouveaux permettant de s'écarter des conclusions du Dr V._____, relevant au demeurant que la plupart d'entre eux sont postérieurs à la décision entreprise.

b) A titre liminaire, bien que les rapports des Drs Q._____, N._____ et G._____ qui posent le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos soient postérieurs à la décision entreprise, ils peuvent néanmoins être pris en considération par la Cour de céans dans la mesure où ils ne font que confirmer un diagnostic qui n'avait pas encore été posé mais dont l'atteinte à la santé existait déjà auparavant. Cette problématique avait en effet été évoquée par le Dr B._____, dans un rapport du 5 mars 2015, qui relevait une hyperlaxité.

En revanche, les troubles cognitifs, même en lien avec le syndrome d'Ehlers-Danlos, ainsi que l'anomalie des petites fibres ont été mis en évidence par des examens postérieurs à la décision entreprise (cf. rapports du 25 septembre 2019 de la psychologue F._____, du 10 octobre 2019 du Dr T._____, du 14 novembre 2019 et du 14 septembre 2020 du Dr G._____). Ils ne sauraient donc être pris en considération dans le cadre de la présente décision (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b, et les références citées).

c) Cela étant, contrairement à ce que soutient la recourante, le fait que le diagnostic du syndrome d'Ehlers-Danlos ait été posé après que la décision entreprise a été rendue ne signifie pas encore que le dossier de l'intimé est insuffisamment étayé. En effet, les appréciations des différents médecins se rejoignent s'agissant notamment des limitations fonctionnelles. Le Dr V._____, lors de son examen rhumatologique du 16 février 2016, évoque des limitations qui ont trait tant aux lombosciatalgies droites qu'au syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée. Il retient ainsi l'interdiction de travaux répétés en flexion/extension, de travaux prolongés en porte-à-faux, de port de charges répété au-delà de 5 kg, de position assise prolongée au-delà d'une heure et debout au-delà de 30 minutes, de travaux de force et de marche sur un terrain instable ou

irrégulier. Ces limitations fonctionnelles se superposent avec celles retenues par les autres médecins, notamment par le Dr X. _____ dans son rapport du 14 juillet 2014, le Dr B. _____ dans ses rapports des 5 mars et 2 novembre 2015 ainsi que le Dr G. _____ dans son rapport du 10 juin 2019. La problématique lombaire est ainsi parfaitement admise par l'ensemble des médecins. Elle a donné lieu à une herniectomy qui n'a pu être que partiellement effectuée, l'assurée n'ayant pas supporté l'intervention et requis qu'elle soit interrompue. Le Dr V. _____ évoque en outre un nombre de limitations fonctionnelles plus important que ses confrères. Contrairement à ces derniers, il prend en considération la problématique de l'hypermobilité articulaire qui impose d'éviter des travaux en force ou de marche sur un terrain instable ou irrégulier. Les limitations fonctionnelles retenues par le Dr V. _____ s'avèrent dès lors plus favorables à l'assurée et ne sont pas remises en cause par les autres médecins.

La recourante soutient également qu'elle est totalement incapable de travailler, se fondant sur les différents rapports de ses médecins traitants. Or, à l'exception du Dr X. _____, les Drs G. _____ et B. _____ considèrent que la recourante est capable de travailler dans une activité adaptée à ses limitations, rejoignant ainsi l'appréciation du Dr V. _____. Seules leurs appréciations du taux d'activité diffèrent. Le Dr V. _____ estime, sur la base de son examen clinique rhumatologique, que l'assurée est capable de travailler à 75 %. Il explique de surcroît de manière convaincante les raisons qui l'amènent à s'éloigner de l'appréciation du Dr B. _____, lequel évalue, avec toute l'empathie attendue de la part d'un médecin traitant, la capacité de travail de l'assurée à moins de 50 %. Quant à la capacité de travail admise par le Dr G. _____ dans son rapport du 26 juin 2019, elle s'élève à 60 %. Il y a lieu de se référer à cette évaluation qui a été réalisée par le Dr G. _____ avant qu'il n'ait eu connaissance des tests relatifs à la capacité cognitive de l'assurée, tests qui sont postérieurs à la décision entreprise et sortent du cadre de l'examen judiciaire de la Cour de céans (cf. consid. 5b ci-dessus). L'appréciation du Dr G. _____ rejoint ainsi celle du Dr V. _____, ce d'autant qu'il précise encore que la capacité de travail de 60 % est

susceptible d'être améliorée grâce à des moyens auxiliaires tels que des habits de contention ou une assise modulable. Les appréciations de ces médecins ne sont dès lors pas si éloignées de sorte que rien ne vient contredire les conclusions du Dr V._____. On observera à toutes fins utiles que les précisions que le Dr G._____ a apportées dans son rapport du 3 septembre 2019 à l'attention du conseil de la recourante, eu égard à l'activité occupationnelle que l'assurée pourrait réaliser en matinée, trouvent leur fondement dans la description faite par l'intéressée de ses activités domestiques. Or, comme son confrère, le Dr V._____ a également fait état d'activités domestiques réalisées par la recourante de manière fractionnée et engendrant une grande fatigue. Le Dr G._____ procède ainsi à une appréciation différente d'un état de fait déjà connu du médecin du SMR, sans qu'il n'en ressorte de substrat médical de nature à mettre en doute le bien-fondé des conclusions du Dr V._____. On ne saurait en conséquence retenir les précisions faites par le Dr G._____ dans son rapport du 3 septembre 2019. Seul le Dr X._____, médecin traitant de l'assurée, estime que celle-ci est incapable de travailler quelle que soit l'activité. Outre le fait qu'un médecin traitant se doit de faire preuve d'empathie à l'égard de ses patients, son appréciation n'est pas suffisamment objectivée pour mettre en cause les conclusions du Dr V._____.

La recourante conteste encore la décision entreprise au motif qu'elle se fonde sur un dossier incomplet, celui-ci ne comportant aucun document relatif au traitement de reconditionnement réalisé au Centre hospitalier C._____ en juin 2015, ni à l'accident subi le 3 janvier 2017, ni aux coxalgies dont elle souffre depuis le mois de décembre 2017. Certes, le dossier constitué par l'intimé ne comporte pas de rapport du Centre hospitalier C._____ relatif au traitement de reconditionnement évoqué par l'assurée. Cependant, le Dr B._____, qui avait préconisé ce traitement, a tenu compte, dans son rapport du 2 novembre 2015, d'une évolution positive de la capacité de travail de l'assurée, soit postérieurement au séjour effectué au Centre hospitalier C._____. L'OAI reconnaît au demeurant le caractère invalidant des problèmes lombaires qui sont présents depuis le dépôt de la demande de prestations AI. Ainsi,

le rapport médical du Centre hospitalier C._____ qui a été pris en considération par le Dr B._____ n'apporterait vraisemblablement aucun élément supplémentaire qui modifierait l'appréciation de l'état de santé de l'assurée, eu égard à ses atteintes lombaires. S'agissant de son accident du 3 janvier 2017, la recourante a produit une échographie réalisée en mars 2017 révélant une fine bursopathie sous-acromio-deltaïdienne de l'épaule droite. Les rapports subséquents émanant tant de son médecin traitant que du Dr G._____ ne font toutefois pas état de cette inflammation. Il en est de même des coxalgies évoquées par le Dr X._____ dans son rapport du 8 mars 2018 à l'attention du conseil de la recourante. Ces atteintes ne sont mentionnées ultérieurement ni dans les rapports du Dr X._____ ni dans ceux du Dr G._____ qui ont été produits par l'assurée devant la Cour de céans. Cela laisse entendre que ces deux événements n'ont pas eu d'impact sur la capacité de travail, ou alors qu'un impact limité dans le temps. Il n'y a donc pas lieu de compléter le dossier de l'OAI, ces éléments ne modifiant vraisemblablement pas l'appréciation de la situation de l'assurée.

Comme relevé par la recourante, l'OAI a bien estimé que l'activité habituelle de gestionnaire en assurances n'était plus adaptée à l'état de santé de l'assurée, tout en retenant qu'une activité de bureau le serait. Cela n'est toutefois pas contradictoire, considérant que l'activité habituelle était essentiellement réalisée en position assise, sans possibilité d'adopter une position debout. Une activité de bureau demeure adaptée, si tant est qu'elle respecte les limitations fonctionnelles retenues par le médecin du SMR, soit en permettant notamment l'alternance des positions. Les conclusions du SMR ne sont dès lors pas contradictoires.

Vu ce qui précède, une pleine valeur probante peut être conférée à l'appréciation médicale du 7 mars 2016 du Dr V._____.

Au demeurant, le dossier étant complet et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, on ne voit pas en quoi la mise en œuvre d'une expertise judiciaire (cf. mémoire de recours du 8 février 2018) serait de nature à modifier les considérations

qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et 134 I 140 consid. 5.2 avec les références citées).

d) Concernant l'enquête ménagère et les mesures de réadaptation, les griefs de la recourante sont infondés et doivent être rejetés. Tant le Dr V._____ que le Dr G._____ se réfèrent à une appréciation des tâches de la vie quotidienne, relevant que l'assurée fractionne ses activités ménagères. En outre, si l'intéressée a toujours indiqué qu'elle désirait reprendre une activité, l'OAI a relevé à juste titre qu'elle refusait dans les faits de démarrer la moindre mesure, motif pris de ses douleurs. Le Dr P._____ a évoqué à cet égard que l'assurée elle-même mettait un frein pratique à se déplacer pour exécuter la mesure de réadaptation, évoquant des difficultés à effectuer un court trajet. Il a toutefois estimé, sur la base de son examen clinique, que la mesure était réalisable sans mettre en danger la santé de l'assurée. Son examen n'avait en effet révélé aucune contracture musculaire ni déficit moteur neurologique des membres inférieurs. Le Dr G._____ a également considéré qu'il serait judicieux de mettre en place de telles mesures, pour évaluer la capacité de travail de l'assurée en situation réelle, ainsi que pour évaluer la variabilité de celle-ci entre deux patients atteints de SED (rapport du 26 juin 2019). On ne saurait dès lors suivre la recourante, compte tenu des indications médicales, lorsqu'elle soutient que son état de santé ne lui permettait pas de suivre une mesure d'observation.

e) La recourante ne conteste au demeurant pas les montants retenus au titre de revenus avec et sans invalidité. Contrôlés d'office, ceux-ci peuvent être confirmés.

f) En définitive, la décision litigieuse est fondée et doit être confirmée.

Des troubles mnésiques et cognitifs ont été mis en évidence par des examens neuropsychologiques et cognitifs réalisés en août et septembre 2019, soit postérieurement à la décision entreprise du 26

janvier 2018. Une atteinte des petites fibres a également été mise en évidence postérieurement à la décision entreprise. Il n'appartient pas à la Cour de céans de statuer, dans la présente procédure, sur la droit aux prestations au regard de l'évolution de l'état de santé de la recourante dès le mois de janvier 2018. Cas échéant, il incombera à la recourante de déposer une nouvelle demande et à l'intimé d'apprécier l'éventuelle péjoration de l'état de santé de l'intéressée.

6. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'elle a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) S'agissant du montant de l'indemnité due au conseil d'office, elle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 al. 1 RAJ). En l'espèce, selon la liste des opérations communiquée le 2 juin 2020, Me Merényi a chiffré à 23 heures et 18 minutes le temps consacré au dossier de la recourante. Ces opérations étant justifiées, l'indemnité de Me Merényi est arrêtée à 4'742 fr. 80, TVA par 339 fr. 10 et débours par 209 fr. 70 compris.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant des frais de justice et de l'indemnité d'office dès qu'elle sera 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 ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 26 janvier 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de J._____ et provisoirement supportés par l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Catherine Merényi, conseil d'office de J._____, est arrêtée à 4'742 fr. 80 (quatre mille sept cent quarante-deux francs et huitante centimes), débours et TVA compris.
- VI. 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 de son 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 Catherine Merényi (pour J. _____),
- 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 :