

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 décembre 2018

Composition : Mme DESSAUX, présidente
MM. Küng et Gutmann, assesseurs
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourante, représentée par Me Lise-Marie Gonzalez
Pennec, à Vevey,

et

Y._____, à Vevey, intimé.

Art. 8 al. 1 LPGA, art. 4 al. 1 et 28 al. 1 let. c LAI

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1973, est mère de deux enfants. Entre le 1^{er} septembre 1995 et le 30 avril 2008, elle a exercé l'activité de responsable de bureau et des caisses au sein de [...]. Changeant ensuite d'orientation professionnelle, elle a suivi une formation d'auxiliaire de santé. Au terme de dite formation, elle a été engagée le 20 juillet 2009 en tant qu'aide infirmière auprès de l'EMS E._____. A compter du 20 août 2012, elle s'est trouvée en incapacité de travail totale en raison de maux de dos.

Souffrant d'une spondylolyse L5-S1, d'un listhésis stade I à II L5-S1 et d'une discopathie tri-étagée L3-L4, L4-L5, L5-S1, l'assurée a été opérée le 15 octobre 2012 par le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur. Suite à l'intervention, ce spécialiste n'a pas constaté de limitations fonctionnelles.

Par lettre du 21 novembre 2012, en raison de son absence prolongée, l'EMS E._____ a résilié le contrat de travail de l'assurée pour le 28 février 2013.

B. Dans l'intervalle, V._____ a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité par dépôt le 24 janvier 2013 du formulaire ad hoc auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle a mentionné des troubles neurologiques.

Dans un rapport médical du 18 février 2013 destiné à l'OAI, le Dr M._____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, a retenu comme diagnostic une hernie discale à l'origine d'une incapacité de travail totale à compter du 21 août 2012.

Le 22 mars 2013, l'assurée s'est soumise à une seconde intervention chirurgicale sous la forme d'une spondylodèse L5-S1 bilatérale, également pratiquée par le Dr T._____.

Appelé à se prononcer sur le cas de l'assurée, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, a, dans un rapport du 27 janvier 2014, posé le diagnostic de lombalgie gauche sur status post-spondylodèse L5-S1 pour spondylolisthésis. Ce spécialiste a recommandé une nouvelle intervention chirurgicale, sans toutefois pouvoir attester que les douleurs de l'assurée résultaient de ce qui était visible sur l'imagerie radiologique.

Devant la nécessité de poursuivre l'instruction médicale, l'OAI a mis en œuvre une expertise médicale orthopédique, confiée au Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport d'expertise du 11 avril 2014, ce spécialiste a posé comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail un status post spondylolisthésis L5/S1 grade I par spondylolyse bilatérale avec discopathie L3/L4, L4/L5 et L5/S1 associée, un status post décompression avec spondylodèse instrumentée et arthrodèse intersomatique par voie postérieure avec cage par technique ouverte le 15 octobre 2012, un status post ablation du matériel pédiculaire de spondylodèse et réinstrumentation le 22 mars 2013 par voie ouverte, une probable irritation de l'articulation L4/L5 gauche par la vis pédiculaire ainsi qu'une scoliose lombaire dextroconvexe dont l'origine est probablement congénitale. L'expert a estimé que la capacité résiduelle de travail était nulle, les douleurs empêchant l'assurée d'exercer toute activité lucrative. En l'état, tant que le problème n'était pas réglé chirurgicalement, aucune mesure de réadaptation n'était envisageable. Le cas n'étant pas stabilisé médicalement, l'expert a recommandé une greffe osseuse postérieure.

L'assurée a subi une nouvelle intervention chirurgicale en date du 1^{er} septembre 2014. Par rapport du 19 janvier 2015 adressé à l'OAI, le Dr T._____, auteur de l'intervention précitée, a relevé que l'assurée était, près de cinq mois après l'intervention, dans une situation de douleurs acceptables qui se projetaient principalement sur la sacro-iliaque. Pour le chirurgien traitant, il était trop tôt pour se prononcer sur une

capacité de travail dans une activité adaptée, l'assurée demeurant en arrêt de travail à hauteur de 100%. Complétant sa position en date du 26 mars 2015, le Dr T._____ a rapporté que l'intéressée ne se sentait pas apte à retourner dans une activité lucrative en raison de ses douleurs. Estimant qu'une reprise de la physiothérapie était indispensable, il a également recommandé une analyse multidisciplinaire par l'OAI.

Dans un entretien téléphonique du 2 avril 2015, le Dr T._____ a informé l'OAI qu'il ne s'estimait plus en mesure de répondre aux questions de l'office de manière objective, ce spécialiste constatant une discordance entre les dires de l'assurée et la réalité.

Par rapport du 29 mai 2015, le Dr D._____, spécialiste en rhumatologie, a posé comme diagnostic invalidant un « fail back surgery syndrom », entraînant selon lui une incapacité totale de travail depuis le mois de juillet 2012, l'assurée ne pouvant actuellement assumer la moindre tâche.

Afin de déterminer précisément la capacité de travail ainsi que les limitations fonctionnelles de l'intéressée suite à sa troisième intervention chirurgicale, l'OAI a confié une nouvelle expertise orthopédique au Dr C._____, réalisée le 30 septembre 2015. Ce spécialiste a complété les diagnostics précédemment retenus dans son rapport d'expertise du 11 avril 2014 en ajoutant celui de status post décompression (hémilaminectomie L5/S1 bilatérale) et de la région foraminale L5/S1 gauche, de « posterior lumbar interbody fusion (PLIF) » supplémentaire L5/S1 droit, d'ablation de la spondylodèse et spondylodèse instrumentée à gauche en L4/L5/S1 et L5/S1 à droite le 15 septembre 2014. Pour l'expert, la capacité de travail de l'assurée restait nulle dans son activité précédemment exercée. Cependant, dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, soit s'abstenir de soulever, de porter, de pousser, de tirer de façon répétitive ou fréquente des charges de plus de 5 kilos, de marcher longtemps, de garder la même posture (debout ou assis) plus de 30 ou 60 minutes, de travailler dans une position instable (échafaudages, échelles, escaliers) ainsi que d'effectuer

des mouvements répétitifs des membres inférieurs (machine à commande à pied), il existait une capacité de travail de 50% justifiée médicalement du mois de janvier 2015 à fin décembre 2015. Dans l'appréciation du cas de l'assurée, le Dr C. _____ a exposé les éléments suivants :

« La symptomatologie actuelle de l'assurée est ainsi expliquée par la décompensation douloureuse de la scoliose sus-jacente à la spondylodèse, après disparition de la problématique décrite dans la dernière expertise. S'il est nécessaire de mettre en exergue la diminution de l'index de masse corporelle par l'assurée (de 34 à 32 kg cm⁻² en une année), il persiste néanmoins une obésité de classe I. De plus, le déconditionnement musculaire est net. Ces deux facteurs, diagnostics non invalidants, aggravent clairement la symptomatologie douloureuse.

En conclusion, il s'agit de l'association, malheureuse, d'une scoliose et d'un spondylolisthésis lombosacré avec une dégénérescence discale sus-jacente. Si ce dernier est désormais fixé, la classique décompensation de la scoliose sus-jacente a été aggravée par la nécessaire extension de la spondylodèse à l'étage sus-jacent due à la dégénérescence discale. Il convient donc de prendre en charge la pathologie scoliotique afin de protéger le montage chirurgical et de diminuer les douleurs actuelles. On y associera une infiltration radioguidée des articulations sacro-iliaques. L'objectif est de diminuer grandement les douleurs liées à la scoliose, tout en sachant que l'absence totale de lombalgies, à terme, est un objectif probablement non réaliste. »

Concernant la capacité de travail de l'assurée, le spécialiste a retenu ce qui suit :

« Il existe une incapacité de travail totale justifiée médicalement depuis le 15.09.14 (date de la dernière chirurgie rachidienne) jusqu'au mois de janvier 2015, soit au 4^{ème} mois postopératoire.

La date du mois de janvier 2015 est choisie en fonction du rapport du chirurgien opérateur. Il signale alors que les douleurs sont acceptables. On rappelle qu'il tient alors compte du déconditionnement musculaire et de l'obésité de l'assurée, diagnostics non retenus ici en raison du cadre fixé à cette expertise.

En dehors de cette période, il convient de distinguer 2 cas :

1^{er} CAS : Respect des limitations fonctionnelles énumérées au point B1 : il existe une capacité de travail de 50 % justifiée médicalement du mois de janvier 2015 à fin décembre 2015.

Justification : L'assurée n'a pas bénéficié de toutes les composantes de la prise en charge de la décompensation de la maladie scoliotique.

L'intensité des douleurs résiduelles et la lourdeur du traitement antalgique (Chlorhydrate de Tramadol) justifient la baisse de la capacité de travail dans une activité adaptée. La date de fin du mois

de décembre 2015 est justifiée par la mise en place, pendant trois mois, du traitement médical de la scoliose sous toutes ses formes.

2^{ème} CAS : Non-respect des limitations fonctionnelles retenues au point B1 : Il existe une incapacité de travail de 100 % justifiée médicalement du mois de janvier 2015 à fin décembre 2015.

Discussion des capacités de travail retenues dans le dossier.

« Le médecin rhumatologue retient le syndrome de failed back surgery. Je ne retiens pas ce syndrome pour deux raisons. D'une part, il n'existe pas de composante non organique dans le tableau clinique. On rappelle la négativité des signes de Waddell. D'autre part, la maladie scoliotique n'est pas retenue alors qu'elle est montrée par l'examen clinique et par la radiographie. Il n'est donc pas possible, à mon sens, d'estimer la capacité de travail comme nulle ».

Par rapport du Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) du 23 mars 2016, le Dr N._____, médecin praticien, a repris les conclusions de l'expertise, retenant ainsi une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 50% dès le mois de janvier 2015 dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles de l'assurée, soit l'inaptitude au port de charges, à la position en porte-à-faux, au mouvement du tronc en flexion, au travail en hauteur ou sur des lieux instables ainsi que la nécessité d'une alternance entre la position assise et debout.

Poursuivant l'instruction, l'OAI a requis un rapport de la psychiatre traitante de l'assurée, soit la Dresse X._____, spécialiste et psychothérapie ainsi que du Dr O._____, spécialiste en neurochirurgie.

Dans son rapport médical du 26 août 2016, la Dresse X._____ a posé comme diagnostic invalidant un trouble somatoforme douloureux chronique, présent depuis l'été 2012. Comme diagnostics dénués d'effets sur la capacité de travail, la spécialiste a mentionné une personnalité à traits émotionnellement labile et un syndrome du rachis opéré. La Dresse X._____ a relevé que, malgré un traitement médical adéquat et maximal sur le plan physique ainsi que plusieurs interventions chirurgicales, la situation somatique ne s'était pas améliorée. L'incapacité

totale de travail de l'assurée étant durable, la reprise d'une activité n'était plus exigible.

Dans un rapport médical du 29 août 2016, le Dr O. _____ a essentiellement retenu que l'assurée était « invalidée » en raison de ces multiples interventions sur sa colonne lombaire et qu'elle était totalement incapable d'envisager le moindre travail. En complément du rapport précité, le Dr O. _____ a produit deux rapports médicaux (du 18 et 19 juillet 2016) concernant une consultation de l'assurée du 14 juillet 2016. Il retenait comme diagnostics un status après spondylodèse L5-S1 pour spondylolisthésis en 2012, reprise en 2013 pour changement de vis, reprise en 2014 pour mise en place d'une cage supplémentaire et fixation L4-S1 à gauche, L5-S1 à droite. Il évoquait encore une suspicion de sténose dynamique L3-L4 dans son rapport du 19 juillet 2016. Le spécialiste a relevé les douleurs lombaires basses, latéralisées à gauche. Devant l'absence de bilan radiologique récent, il estimait qu'à l'issue des interventions chirurgicales, il résultait un montage asymétrique qui n'avait pas inclu le segment L3-L4. Il était ainsi possible que la patiente ait développé de nouveaux problèmes localement, le Dr O. _____ relevant que les infiltrations effectuées n'avaient pas apporté d'amélioration.

Face à la nécessité d'une instruction complémentaire, l'OAI a confié la réalisation d'un examen rhumatologique et psychiatrique au SMR, soit au Dr K. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'à la Dresse A. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. L'examen en question s'est tenu le 12 avril 2017. Dans leur rapport d'examen du 15 mai 2017, les spécialistes ont posé comme diagnostics principaux des lombalgies chroniques dans le cadre de discopathies L3-L4 et L5-S1 avec antélisthésis de L6/S1 sur lyse isthmique, d'arthrose des articulations postérieures prédominant en L4-L5 et L5-S1, de légers troubles statiques de la colonne vertébrale et de status après spondylodèse antérieure L5-S1 et postérieure L5-S1 droite et L4-S1 gauche. Quant aux diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, une arthrose de la cheville droite, un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline non décompensé ainsi qu'une

majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques ont été mentionnés.

Concernant la capacité de travail, elle était effectivement nulle dans l'activité habituelle d'auxiliaire de santé et se montait à 50% dans une activité adaptée dès le mois de janvier 2015. A l'appui de leurs conclusions, les deux médecins ont retenu les éléments suivants :

« Par rapport à la dernière expertise du Dr C. _____ (cf. RM du 30.09.2015), nous constatons que la situation est stationnaire. Les signes d'irritation des articulations sacro-iliaques, principalement du côté G, sont toujours présents. Au vu de la spondylodèse sur 2 niveaux, de l'atteinte dégénérative discale et des articulations postérieures, la tolérance de la colonne lombaire aux contraintes mécaniques est diminuée. L'activité d'auxiliaire de santé dans un EMS est trop contraignante pour la colonne lombaire. Cette activité n'est plus exigible.

Dans le rapport d'expertise du 30.09.2015, le Dr C. _____ évalue la CT (capacité de travail) dans une activité adaptée aux LF (limitations fonctionnelles) de la colonne lombaire à 50 %. L'assurée ne se voit pas reprendre une activité professionnelle en raison des douleurs. Dans le rapport du 29.08.2016, le Dr O. _____ indique également que Mme V. _____ est incapable d'envisager le moindre travail actuellement.

Lors de l'examen de ce jour, l'assurée indique qu'elle fragmente ses activités ménagères en raison des douleurs lombaires. Elle est aidée par son fils pour les commissions. Elle va toutefois promener son chien 2 fois par jour. Elle maintient un bon réseau social. Elle indique pouvoir marcher pendant 1 heure, conduire une voiture pendant 40 minutes, maintenir la position assise pendant 1 heure.

On constate effectivement que la position assise est bien tolérée. La force est conservée aux 4 membres. La gestuelle spontanée est libre. Il n'y a pas de radiculopathie irritative ni déficitaire.

Au vu de l'examen rassurant de ce jour mais en l'absence d'amélioration significative de l'état de santé, il y a lieu de s'aligner sur l'avis du Dr C. _____.

L'arthrose de la cheville D est très peu symptomatique. Elle n'a pas provoqué d'arrêt de travail durable dans l'activité d'auxiliaire de santé, activité modérément contraignante pour la cheville étant donné la position debout prolongée et les marches fréquentes. Cette arthrose peu symptomatique de la cheville n'est pas incapacitante dans l'ancienne activité ni dans une activité adaptée aux LF de la colonne lombaire.

Sur le plan psychiatrique, il s'agit d'une jeune assurée, âgée de 44 ans, qui a travaillé comme aide-soignante auprès de l'EMS E. _____ à un pourcentage de 100 %.

L'assurée n'a pas d'antécédents psychiatriques.

Dans le cadre de problèmes somatiques et suite à 3 opérations au dos, l'assurée présente des douleurs avec une évolution chronique.

A la demande de son médecin traitant, le Dr M. _____, qui constate qu'en dépit de tout traitement médicamenteux les douleurs

perdurent, l'assurée débute une prise en charge psychiatrique ambulatoire auprès de la Dresse X._____, psychiatre FMH à la [...] et ceci depuis le 14.09.2015.

Dans son RM du 26.08.2016, la Dresse X._____ retient les diagnostics de personnalité à traits émotionnellement labiles, existant depuis la fin de l'adolescence et syndrome du rachis opéré, existant depuis 2013. Selon la psychiatre, le pronostic est défavorable sur le plan de l'amélioration symptomatique et une reprise du travail ne sera certainement pas possible. Les LF décrites sont des limitations somatiques.

Notre examen clinique de ce jour n'a pas montré de dépression majeure, d'anxiété généralisée, de décompensation psychotique, de troubles phobiques, de trouble panique, d'état de stress post-traumatique, de trouble obsessionnel compulsif, de troubles dissociatifs, de perturbation de l'environnement psychosocial, qui est normal, ni de LF (limitations fonctionnelles) psychiatriques à caractère incapacitant.

Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, qui est caractérisée par la présence de symptômes physiques compatibles avec un trouble, une maladie ou un handicap physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient.

L'insatisfaction relative au résultat du traitement ou des investigations et la déception quant à la qualité des soins médicaux représente un facteur déclenchant.

Cependant, l'assurée a une vie sociale normale, elle assume les activités de la vie quotidienne, avec difficultés et aidée par sa famille.

Les ressources d'adaptation aux changements sont préservées et l'assurée dispose également de ressources disponibles ou mobilisables, comme le soutien de sa mère, de son médecin et de ses enfants.

Actuellement, l'assurée ne souffre pas d'un syndrome de dépendance.

Le trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, diagnostiqué à l'examen clinique de ce jour, n'est pas décompensé et ne justifie pas une diminution de la CT.

Dans l'évaluation de la CT, nous avons fait la distinction entre la diminution des capacités fonctionnelles due à l'atteinte à la santé et, d'autre part, les conséquences directes de facteurs non pris en considération par l'assurance, comme facteurs étrangers à l'invalidité, tels que les difficultés financières, le niveau de formation ou les facteurs socioculturels.

Tout au long de l'entretien, l'assurée présente une amplification de ses plaintes, mais elle n'est pas démonstrative et nous n'avons pas objectivé de divergences entre les symptômes décrits et le comportement de l'assurée en situation d'examen.

Par conséquent, le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques n'a pas d'incidence sur la CT.

Nous avons retenu également le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline non décompensé, qui est caractérisé par la présence d'une tendance à agir avec impulsivité, des capacités d'anticipation réduites et des difficultés à gérer ses émotions. L'assurée est une femme instable, labile, abandonnique, qui a une tendance à s'engager dans des relations intenses et instables. Le trouble de la personnalité n'est pas décompensé et n'a aucune incidence sur la CT.

En conclusion, sur le plan purement psychiatrique, l'assurée ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique aiguë ou chronique à caractère incapacitant et la CT exigible est entière dans toute activité qui respecte les LF somatiques.

Limitations fonctionnelles

Sur le plan rhumatologique, port de charges au-delà de 5 kg, marche au-delà de 1 heure, marche sur terrain irrégulier, position assise prolongée au-delà de 60 minutes, position debout statique au-delà de 10 minutes, postures en porte-à-faux lombaire, mouvements répétitifs de flexion-extension ou rotation lombaire, exposition aux vibrations de basse fréquence, montée/descente fréquente d'escaliers.

Une activité exercée principalement en position assise avec possibilité de se lever, sans port de charges, est exigible sur des demi-journées.

Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas de LF.

Début de l'IT durable

Il n'y a pas d'IT durable sur le plan psychiatrique.

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

Sur le plan rhumatologique, dans l'activité d'auxiliaire de santé, il y a une IT de 100 % depuis le 21.08.2012 (cf. RM Dr M. _____ du 18.02.2013) en raison de la décompensation de l'atteinte dégénérative lombaire.

Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas d'incapacité durable.

Comment le degré d'incapacité de travail et le rendement ont-ils évolué depuis lors ?

Sur le plan rhumatologique, au vu des 3 interventions chirurgicales et des troubles statiques et dégénératifs de la colonne lombaire, l'IT est restée totale dans l'activité d'auxiliaire de santé. Dans une activité adaptée aux LF, il y a lieu de s'aligner sur l'avis du Dr C. _____, qui indique une **CT de 50 %** à partir de janvier 2015, soit au 4^{ème} mois postopératoire (cf. expertise du 30.09.2015).

Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas d'incapacité de travail durable.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée sur le plan rhumatologique par la tolérance aux contraintes mécaniques de la colonne lombaire dans le cadre d'une spondylodèse de L4 à S1, de troubles statiques et dégénératifs de la colonne lombaire.

L'arthrose de la cheville D est peu symptomatique. Elle n'est pas incapacitante.

Sur le plan psychiatrique, l'assurée ne souffre d'aucune pathologie aiguë ou chronique à caractère incapacitant

Date du début de l'aptitude à suivre/ à s'investir une mesure de réadaptation

Sur le plan rhumatologique, sans délai.

Sur le plan psychiatrique, pas d'incapacité de travail.

Pronostic

Sur le plan rhumatologique, au vu du status après 3 interventions chirurgicales lombaires, de l'atteinte dégénérative, il ne faut pas s'attendre à une amélioration de l'état de santé. Le disque L3-L4 présente une dégénérescence préexistante aux interventions chirurgicales. La fixation sous-jacente l'expose à des contraintes mécaniques supplémentaires favorisant sa dégénérescence au cours des années futures.

Sur le plan psychiatrique, favorable. »

C. Le 17 mai 2017, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assurée, envisageant l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet 2013 au 31 mars 2015 et d'une demi rente à compter du 1^{er} avril 2015. Procédant à une comparaison des revenus avec ou sans invalidité, l'office a dégagé un degré d'invalidité de 52%.

Par rapport du 8 juin 2017, la Dresse X._____ a fait part de son étonnement quant au projet de décision précité, l'état de santé de l'assurée ne s'étant pas amélioré. Pour la psychiatre, aucune activité n'était exigible actuellement.

Par acte du 19 juin 2017, V._____, par l'intermédiaire de sa mandataire, Me Gonzalez Pennec, s'est opposée au projet de décision précité. Elle contestait la capacité de travail de 50% dans le cadre d'une

activité adaptée dès le 1^{er} janvier 2015, alors que son état de santé n'avait présenté aucune évolution favorable entre le 1^{er} juillet 2013 et le 1^{er} janvier 2015. Elle évoquait un soupçon de partialité des auteurs de l'examen du 12 avril 2017, justifiant leur récusation. L'examen en question était par ailleurs lacunaire et le Dr K._____, aux yeux de l'assurée, compte tenu de sa spécialité, n'était pas compétent afin de se prononcer valablement sur sa situation.

A l'appui de son opposition, l'intéressée a notamment produit un rapport médical du 15 novembre 2016 établi par le Dr O._____. Ce dernier reprenait les diagnostics précédemment posés à l'occasion de ses rapports médicaux du 18 et 19 juillet 2016. Le spécialiste a en outre développé les éléments suivants :

« J'ai également discuté de ce dossier avec mes Collègues de notre groupe Rachis. Pour nous les douleurs peuvent être expliquées par une instabilité dynamique L3-4, le chambrage de la vis L4 et le manque de support antérieur au niveau L4-5. L'asymétrie du montage induit cette instabilité, une infection à bas bruit ne peut pas être exclue.

La seule manière de confirmer une infection de spondylodèse à germe lent (par exemple propionibacterium) se fait par la sonication des vis et l'analyse histologique. Dans l'immense majorité de ces infections lentes les examens sanguins ne révèlent rien, les CRP sont normales.

Pour nous il faudrait refaire un montage de L3 à S1 éventuellement avec des vis iliaques et mettre des supports antérieurs en L3-4 et L4-5. Il s'agit bien évidemment d'une opération lourde non garantie, le risque d'une non amélioration est de 30%. Par contre l'équilibre sagittal ne semble pas trop mauvais, il mériterait quelques degrés qui seraient faciles à obtenir.

La patiente est très anxieuse de subir une 4^{ème} chirurgie, il semble que l'anesthésie lors de la dernière chirurgie s'était mal passée, le réveil a été extrêmement pénible. Je n'ai donc pas d'autre solution si la patiente ne souhaite pas se faire opérer que de penser qu'une adaptation de l'antalgie avec l'aide d'un antalgiste reste la solution alternative. La patiente vous contactera, j'ignore avec quel centre d'antalgie vous avez l'habitude de travailler.

Je reste à disposition pour revoir Madame V._____ si les douleurs évoluent de manière suffisamment défavorable pour imposer à tout prix une nouvelle chirurgie. »

L'assurée a également produit un rapport du 7 juin 2017 établi par son médecin traitant, le Dr M._____, exposant en substance que

l'examen du SMR ne pouvait être probant vu les liens entre l'OAI et son service médical. Par ailleurs, il n'y avait aucun élément dans le dossier permettant de déterminer l'amélioration de l'état de santé de l'assurée à compter du 1^{er} avril 2015, sa capacité de travail restant nulle. Un tel degré avait d'ailleurs été confirmé par la Dresse X._____. Le Dr M._____ confirmait ensuite qu'il n'existait pas d'activité adaptée envisageable.

Dans un avis SMR du 21 novembre 2017, le Dr N._____ a estimé que le rapport d'examen du 15 mai 2017 remplissait les critères nécessaires afin de se voir reconnaître pleine valeur probante et en a confirmé les conclusions.

Par décision du 9 février 2018, confirmant son projet de décision du 17 mai 2017, l'OAI a accordé à l'assurée une rente entière du 1^{er} juillet 2013 au 31 mars 2015 et une demi-rente à partir du 1^{er} avril 2015.

D. Par acte du 15 mars 2018, V._____, par l'intermédiaire de son mandataire, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a conclu principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'une rente d'invalidité entière soit octroyée dès le 1^{er} avril 2015 et, subsidiairement, à l'annulation de la décision entreprise ainsi qu'au renvoi de la cause auprès de l'OAI pour une nouvelle expertise bi-disciplinaire et nouvelle décision allant dans le sens des considérants. Elle estimait, en substance, qu'aucune amélioration de son état de santé n'était à constater en date du 1^{er} janvier 2015, sa situation s'étant au contraire dégradée et ses douleurs intensifiées. Elle alléguait que le rapport d'examen du SMR aurait dû s'orienter vers un examen orthopédique et non rhumatologique, qu'il était au demeurant lacunaire en se basant sur des examens incomplets, que ses plaintes n'avaient pas été prises en compte et que les conclusions n'étaient pas motivées. L'assurée soutenait ensuite que l'examen par les Drs K._____ et A._____ n'avait pas la même valeur qu'une expertise réalisée par un médecin indépendant, faisant valoir son droit à

l'établissement d'une telle expertise. En effet, l'OAI s'appuyait exclusivement sur les avis de médecins internes à l'assurance.

Par réponse du 24 avril 2018, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision querellée.

Répliquant en date du 17 mai 2018, l'assurée a maintenu ses conclusions.

En date du 28 mai 2018, l'assurée a produit un certificat médical du Dr T._____, attestant d'une incapacité de travail jusqu'au 30 juin 2015.

Dupliquant le 11 juin 2018, l'OAI a confirmé ses conclusions.

E n d r o i t :

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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi 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 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile. Les exigences de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, ont par ailleurs été respectées. Le recours est en conséquence recevable quant à la forme de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

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

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

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (art. 6 LPGA).

b) L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. c LAI) et peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

b) De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. 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 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, 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 citées ; Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

c) Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGa et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4 p. 258), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 135 V 254 consid. 3.3.2 et les références). Même en tenant compte de la jurisprudence récente de la Cour européenne des droits de l'homme sur le principe de l'égalité des armes, tiré du droit à un procès équitable garanti par l'art. 6 § 1 CEDH, il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 254 consid. 4.3 p. 468). Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si

des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 254 consid. 4.6 p. 471, TF 9C_500/2011 consid. 3.1).

d) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 précité loc. cit.; TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2).

5. a) La décision de l'intimé est fondée principalement sur une expertise orthopédique réalisée par le Dr C. _____ le 30 septembre 2015 ainsi qu'un examen clinique SMR rhumato-psychiatrique du 12 avril 2017. Pour la recourante, dit examen ne présente aucune valeur probante. En effet, dans son acte de recours du 15 mars 2018, outre l'absence d'amélioration de son état de santé, elle allègue que ses douleurs étant de nature orthopédique, le Dr K. _____, en sa qualité de rhumatologue, n'était pas compétent afin de mener l'examen en question. La recourante rapporte ensuite que le Dr K. _____ n'aurait pas eu un comportement adéquat durant l'expertise, exigeant de la part de l'assurée des mouvements brusques et agressifs, ayant entraîné des douleurs aiguës pendant plusieurs jours suite à l'examen. Contestant ensuite l'analyse de la Dresse A. _____, elle relève de nombreux manquements concernant l'exhaustivité et l'exactitude de l'anamnèse réalisée par cette spécialiste. La recourante met également en doute l'impartialité et l'indépendance des spécialistes du SMR, ce service étant à la disposition des offices de l'assurance-invalidité afin d'évaluer les conditions médicales du droit aux prestations.

b) Comme le relève la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. considérant 4), les rapports d'examen réalisés par un SMR peuvent revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale. Contrairement à ce que soutient la recourante, le simple fait qu'un rapport d'examen provienne du SMR ne suffit pas à lui ôter d'emblée toute valeur probante, ni même à fonder le droit à une expertise indépendante. C'est uniquement après l'analyse du contenu de l'examen en question qu'il conviendra de se déterminer sur sa valeur probante.

c) S'agissant des griefs de l'assurée quant aux mouvements douloureux que lui aurait imposés le Dr K. _____ lors de l'examen du 12 avril 2017, force est de constater que la Cour est dans l'impossibilité de les vérifier. On observera cependant qu'en principe, lorsqu'un assuré évoque ou craint l'apparition de douleurs lors d'une manipulation par l'expert, celui-ci en fait mention dans son rapport, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Concernant la problématique de la compétence du Dr K. _____, lui-même spécialiste en médecine physique et en réadaptation, il sied de relever que le volet orthopédique du cas d'espèce a été bien documenté, au vu notamment des deux expertises orthopédiques émanant du Dr C. _____, ordonnées par l'intimé. Le Dr K. _____ ne remet d'ailleurs pas en question ces deux expertises. Il se limite à signaler que l'état de la recourante est stationnaire en apportant ses observations sur l'état de santé et les limitations fonctionnelles actuelles de la recourante. Au vu de ce qui précède, il n'existe pas d'éléments suffisants justifiant d'écarter l'examen médical uniquement sous l'angle l'aptitude ou de la spécialisation du Dr K. _____.

d) S'agissant des griefs à l'encontre de la Dresse A. _____, quant à l'existence d'un grand nombre d'erreurs dans l'anamnèse familiale, elles n'influent en l'occurrence pas, pour autant qu'elles soient avérées, l'examen clinique et l'appréciation médicale. Par ailleurs, le choix du médecin examinateur de reproduire ou non dans son rapport certains des éléments factuels relatés par un expertisé ou la manière de les

résumer lui appartient. Ce choix doit cependant être pertinent. En l'espèce, cette question peut demeurer indécise, au vu du sort du recours.

6. Contrairement à ce que retient l'intimé dans la décision attaquée, la recourante soutient que son état de santé ne s'est pas amélioré depuis le 1^{er} janvier 2015. Une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée n'est dès lors par envisageable.

a) Sur le plan somatique, l'examen clinique du SMR du 12 avril 2017 confirme les conclusions du Dr C._____ quant à la capacité de travail et aux limitations fonctionnelles de la recourante. Pourtant, si les Drs C._____, K._____ et O._____ admettent que l'atteinte à la santé est objectivement à l'origine de douleurs, l'appréciation du Dr C._____, relayée par le Dr K._____, diverge de celle du Dr O._____ quant au mécanisme exact à l'origine de ces douleurs. En effet le Dr C._____ retient une décompensation douloureuse de la scoliose sus-jacente à la spondylodèse. Quant au Dr [..], il évoque une instabilité dynamique L3-4, le chambrage de la vis L4 et le manque de support antérieur au niveau L4-5 ainsi qu'une possible infection de spondylodèse à germe lent comme étant à l'origine des douleurs. Ces divergences pourraient être sans incidence si leurs analyses ne s'opposaient pas également s'agissant du traitement préconisé, soit une prise en charge de la pathologie scoliotique avec infiltration radioguidée des articulations sacro-iliaques pour le Dr C._____ et la sonication des vis et analyse histologique, respectivement un montage de L3 à S1 éventuellement avec des vis iliaques et mise de supports antérieurs en L3-4 et L4-5 pour le Dr O._____. Ces deux spécialistes ne s'accordent également pas sur la capacité de travail résiduelle de l'assurée.

En soi, l'appréciation du Dr C._____ selon laquelle la capacité de travail de la recourante pouvait être estimée à 50% quatre mois après l'opération et que, moyennant traitement à base de benzodiazépine et reconditionnement musculaire, elle pouvait être totale à l'échéance d'une année, soit début 2016, n'apparaît pas comme irréaliste. Cependant, le Dr O._____, sans se prononcer sur la capacité

de travail, envisage dans son rapport du mois de novembre 2016 une nouvelle opération, ce qui a priori pourrait laisser supposer l'existence d'une modification de l'état de santé de sa patiente, cas échéant son aggravation, que le Dr C. _____ ne pouvait connaître, son expertise étant antérieure.

b) Par ailleurs, il sied de rappeler qu'il existe, en droit des assurances sociales, un principe général selon lequel il appartient à la personne assurée d'entreprendre de son propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle pour atténuer les conséquences du dommage (ATF 129 V 460 consid 4.2; 123 V 230 consid. 3c ; 117 V 275 consid. 2b). En l'espèce, il ressort de l'examen clinique du SMR, que la recourante a abandonné rapidement le traitement de benzodiazépine sous forme de Tranxilium et que, apparemment, elle n'a pas entrepris de reconditionnement physique, hormis le fait de marcher plus régulièrement en compagnie de son chien. On rappellera à ce propos la recommandation du Dr T. _____ estimant la reprise de la physiothérapie indispensable (rapport du 26 mars 2015) et l'avis de l'expert C. _____ subordonnant aux mêmes conditions l'évolution post-opératoire vers une pleine capacité de travail. L'éventualité d'une nouvelle intervention chirurgicale aurait également été écartée par la recourante. Il en résulte qu'en l'état, toutes les possibilités de traitement n'ont pas été explorées, ni leur exigibilité.

c) S'il n'est pas contesté que le rôle de l'expert consiste bel et bien à se prononcer rétroactivement sur la capacité de travail, notamment sur la base des pièces médicales à sa disposition, il apparaît en l'occurrence que l'appréciation par le Dr C. _____, puis K. _____, de l'évolution de l'état de santé de l'assurée postérieure à l'opération du 11 septembre 2011 repose sur un pronostic, vraisemblablement fondé sur l'expérience médicale, sous-tendant une prise en charge médicale qui n'a pas eu lieu. Par ailleurs, quand bien même l'examen clinique SMR est postérieur au rapport du Dr O. _____ du 15 novembre 2016, suggérant une intervention, il apparaît que le Dr K. _____ n'en a pas eu connaissance. Il ne disposait donc pas de tous les éléments médicaux pour

évaluer rétroactivement l'évolution de la capacité de travail de l'assurée. L'instruction sur le plan somatique s'avère ainsi lacunaire.

7. a) Sur le plan psychique, la Dresse A. _____ a retenu un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline non décompensé ainsi qu'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Elle n'a retenu aucune incapacité de travail sous l'angle psychiatrique.

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c *in fine* et 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Dans deux arrêts récents (ATF 143 V 418 et ATF 143 V 409), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente AI en cas de troubles psychiques. Il a considéré que même si la classification diagnostique est médicalement nécessaire et qu'un diagnostic posé selon les règles de l'art est indispensable, ce qui importe le plus est la question des effets fonctionnels d'un trouble sur la capacité de travail (ATF 130 V 418 consid. 6). Le Tribunal fédéral a dressé un parallèle entre la problématique des troubles psychiques et l'évolution récente de la jurisprudence concernant des troubles douloureux sans causes organiques explicables (troubles somatoformes douloureux) et troubles psychosomatiques analogues, développée dans l'ATF 141 V 281. Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a abandonné la présomption selon

laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité).

c) Dans le cas d'espèce, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux a été posé par la Dresse X._____, médecin psychiatre, qui le qualifie d'incapacitant à 100% et évoque différents éléments et critères à l'appui de celui-ci. De surcroît, dans son rapport du 26 mars 2015, sous la rubrique capacité de travail, le Dr T._____ relaie l'avis de sa patiente selon lequel elle ne se sentait pas apte à retourner dans une activité lucrative en raison de ses douleurs, tout en relevant à l'occasion de l'entretien téléphonique du 2 avril 2015 avec l'intimé, une discordance entre les plaintes de la recourante et la réalité. Il sied également de mentionner que le Dr Q._____, dans un rapport du 27 janvier 2014, ne pouvait dire avec certitude que les douleurs de l'assurée résultaient effectivement de ce qui était visible sur l'imagerie radiologique. Dans le cadre de l'examen clinique SMR, la Dresse A._____ a retenu le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques sans qu'il soit possible de distinguer pour quelles raisons elle a écarté celui de trouble somatoforme douloureux. Elle ne discute en effet pas du tout de ce diagnostic. Elle est par ailleurs elle aussi dans l'ignorance du constat du Dr O._____ du 15 novembre 2016 expliquant les douleurs par une instabilité dynamique L3-4, le chambrage de la vis L4 et le manque de support antérieur au niveau L4-5, préconisant une nouvelle intervention dans le sens de la réfection d'un montage de L3 à S1. Ce rapport étant susceptible d'expliquer les douleurs de l'assurée, le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques posé par la Dresse A._____ devrait être réapprécié. A cela s'ajoute que le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline non décompensé n'a pas été discuté à l'aune de la récente jurisprudence en matière de troubles psychiatriques.

8. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète sur le plan médical. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI, auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPG) ; le devoir d'instruction s'étendant jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2). L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier sur le plan médical par une évaluation orthopédique, rhumatologique et

psychiatrique, cas échéant évalué l'exigibilité des traitements qui seraient proposés.

9. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a droit en outre à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2000 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), et de les mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

d) Par décision du juge instructeur du 22 mars 2018, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 15 mars 2018 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Gonzalez Pennec. Il y a lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office.

Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le défenseur d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré. Le juge apprécie

l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat [et de 110 fr. pour un avocat-stagiaire] (art. 2 al. 1 let. a [et b] RA) [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

Me Gonzalez Pennec a produit sa liste des opérations le 4 juillet 2018, chiffrant à 34 heures 15 le temps consacré au dossier de la recourante, ce qui dépasse manifestement le cadre des opérations nécessaires au vu de la nature et de la complexité du litige. Premièrement, il n'est pas justifié de comptabiliser une durée totale de 6 heures 30 uniquement pour la prise de connaissance du dossier par une avocate stagiaire, alors que la mandataire de la recourante était en possession du dossier depuis près de 8 mois (cf courrier de la mandataire du 31 mai 2017 destiné à l'OAI). Pour ce volet, une durée d'une heure et demie de travail pour l'avocate stagiaire apparaît comme justifié. Ensuite, une durée d'ensemble de 20 heures 15 (17 heures 15 pour la stagiaire et 3 heures pour Me Gonzalez Pennec) allouée à la rédaction du recours doit être considérée comme excessive. En effet, une large partie des arguments développés dans le recours avaient déjà été mentionnés lors des déterminations de la recourante à l'encontre du projet de décision de l'OAI du 17 mai 2017. Le recours a ainsi été principalement l'occasion de les développer. Concernant la rédaction du recours, une durée de 5 heures, soit 4 heures pour la stagiaire et une heure pour Me Gonzalez Pennec doit être considérée comme raisonnable. Les autres opérations réalisées n'appellent pas de remarque particulière. C'est ainsi un montant de 1'724 fr. (3 heures 25 x tarif horaire de 180 fr. et 10 heures 05 x tarif horaire de 110 fr.) qui doit être reconnu à titre d'honoraires pour l'ensemble des opérations effectuées, plus TVA à 7.7 % d'un montant de 134 fr. 75. Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). En l'occurrence, c'est le montant de 4 fr., rapporté dans le courrier de la mandataire du 4 juillet 2018, qui doit être reconnu à ce titre. Au total, l'indemnité d'office doit ainsi être fixée à 1'862 fr. 75,

laquelle est en l'espèce couverte par l'indemnité de dépens allouée ci-avant.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 9 février 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à V._____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Gonzalez Pennec, pour la recourante,
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'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).

Le greffier :