

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 mars 2021

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Métral et Mme Berberat, juges
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

S._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne,

et

I._____, à Vevey, intimé.

Art. 28 LAI

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née [...] en 1966, exerçait l'activité de femme de ménage. Elle s'est trouvée en incapacité de travail dès le 14 octobre 2015 en raison d'une hernie discale et d'un canal lombaire étroit.

Dans une expertise médicale établie le 14 mars 2016 à l'intention de l'assurance-accidents de l'assurée, le Dr Z._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, a retenu un diagnostic de lombosciatalgies bilatérales. Les divers examens radiologiques lombaires révélaient un canal étroit pluri-étagé prédominant en L4-L5 avec arthrose postérieure inférieure, se rajoutant une discopathie de ce niveau ainsi qu'une hernie discale paramédiane gauche. La capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle était nulle et ceci de manière durable et vraisemblablement définitive. Dans une activité adaptée, soit une activité professionnelle légère, excluant les ports de charge au-delà de 5 kilos et les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, un travail autorisant l'alternance de la position assise et debout, une activité plutôt sédentaire excluant la marche prolongée au-delà d'une trentaine de minutes d'affilée, la montée et la descente des escaliers de manière répétitive, la capacité de travail de l'assurée était d'au moins 50%. Cette capacité de travail prenait en compte sa diminution de rendement.

Le 13 avril 2016, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Le 14 avril 2016, l'hernie discale de l'assurée a été opérée par le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Procédant aux premières mesures d'instruction, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a recueilli des informations auprès de la Dre R._____, spécialiste en

infectiologie et en médecine interne et médecin traitante de l'assurée. Par rapport du 13 mai 2016, ce médecin a retenu en tant que diagnostic avec effet sur la capacité de travail une lombosciatalgie déficitaire sur canal lombaire étroit et hernie discale L5-S1 droite. Elle mentionnait également un syndrome métabolique avec diabète de type 2 actuellement non traité, un status après diabète gestationnel, une hypertension artérielle avec rétinopathie stade 1, une surcharge pondérale, des troubles anxieux, une entorse de genou droit, un syndrome de tunnel carpien bilatéral et un status après hépatite B. La Dre R. _____ a retenu une incapacité totale de travail en tant que femme de ménage entre le 2 juin 2014 et le 1^{er} août 2014, puis dès le 30 mars 2015. Concernant les restrictions physiques, respectivement la capacité de travail future de l'assurée dans son activité habituelle, elles étaient difficilement évaluables en postopératoire, malgré la diminution des douleurs.

Par rapport médical du 27 juin 2016, le Dr G. _____ a retenu le diagnostic de six semaines post décompression L4-L5 pour un canal lombaire étroit stade C. Le Dr G. _____ a également exposé les éléments suivants :

« Selon la patiente, l'évolution était favorable. Elle a eu une très bonne amélioration postopératoire pendant 4 semaines sans aucune douleur, puis réapparition des symptômes, raison pour laquelle vous lui avez prescrit du Tramal et de la physiothérapie. Actuellement la patiente note clairement une amélioration depuis l'intervention, mais les douleurs sont toujours présentes, de moindre intensité. Elle est inquiète que cela revienne comme auparavant. L'examen clinique du jour est rassurant, pas de trouble sensitivomoteur aux membres inférieurs, la marche sur la pointe des pieds est possible, pas de troubles de la marche, pas de déficit. Au niveau radiologique, il n'y avait pas de décompensation au niveau décomprimé.

Je rassure la patiente, les douleurs pouvaient persister et réapparaître, mais ce qui compte c'est qu'il y ait une amélioration depuis l'intervention. La patiente va bénéficier également de physiothérapie en piscine, ce qui va lui être fortement favorable. Je revois la patiente dans 6 semaines. »

A l'occasion d'un rapport médical du 20 juillet 2016, le Dr P. _____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, a retenu des douleurs distales sous la forme de brûlures aux deux membres inférieurs, accompagnées par des paresthésies compatibles avec une

polyneuropathie périphérique, pas d'argument pour un rhumatisme inflammatoire (ni arthrites, ni enthésites), une platypodie bilatérale avec hallux valgus bilatéraux ainsi qu'un status après décompression L4-L5 pour un canal étroit de stade C en avril 2016 avec une évolution globalement favorable. Pour ce médecin, aucune des pathologies mentionnées ci-dessus n'expliquaient les plaintes rapportées par la patiente, celles-ci demeurant caractérisées surtout par des paresthésies avec une sensation de « brûlures distales », et cela en l'absence de troubles dermatologiques locaux. Le Dr P._____ plaidait pour une évaluation neurologique.

Par rapport du 27 juillet 2016, soit trois mois post-décompression L4-L5 pour un canal lombaire stade C, le Dr G._____ a constaté une évolution favorable durant les premières six semaines puis la réapparition de douleurs aux membres inférieurs. Il s'agissait de douleurs qui visaient les deux pieds et les deux mollets dans toutes les positions (assise, couchée et debout).

Par rapport du 30 août 2016, le Dr T._____, spécialiste en neurologie, a mentionné les diagnostics de suspicion d'une douleur de déafférentation dans le territoire S1 bilatéral avec status après décompression simple L4-L5 pour canal lombaire étroit grade C le 14 avril 2016, de nouveau sans aucune anomalie à l'examen électrophysiologique et clinique, de diabète de type 2 actuellement non traité (à part un régime alimentaire) ainsi qu'une hypertension artérielle traitée. Ce médecin a noté que pendant environ six semaines après l'opération, il y a eu une disparition complète de la douleur, la patiente étant sous traitement de Tramal®, Irfen® et Zaldian®. Les douleurs sont ensuite réapparues à la suite de l'interruption du traitement au Tramal®, dites douleurs étant essentiellement localisées dans la plante du pied et derrière les mollets. Pour ce médecin, il s'agissait de douleurs focalisées au niveau S1 des deux côtés. Il pouvait s'agir d'une douleur de déafférentation dans le cadre d'une ancienne compression chronique au niveau du canal lombaire. L'examen neurologique était par ailleurs normal.

Par rapport du 18 novembre 2016, le Dr G._____ a retenu les diagnostics non définitifs de lombosciatalgies bilatérales et de status post décompression L4-L5. Ce médecin ne pouvait expliquer les lombosciatalgies bilatérales avec les examens radiologiques actuels et n'avait pas d'autre indication chirurgicale à proposer, l'IRM post-opératoire montrait une bonne décompression du canal. L'assurée demeurait en incapacité de travail totale depuis l'intervention chirurgicale.

Le Dr B._____, spécialiste en anesthésiologie, s'est prononcé sur le cas de l'assurée le 4 septembre 2017. Il indiquait que les douleurs de la patiente étaient décrites comme constantes, d'allure neuropathique et améliorées partiellement par le Lyrica. La situation était chronique et invalidante, les douleurs significatives réduisant de manière importante la qualité de vie de la patiente. Plusieurs options thérapeutiques ont été discutées, le Dr B._____ proposant notamment une stimulation percutanée, respectivement la pose d'un stimulateur définitif.

Interpellée par le SMR, la Dre R._____ a relevé le 29 mars 2018 que l'évolution clinique était stable, sans amélioration. L'assurée présentait occasionnellement des aggravations douloureuses aiguës qui duraient une à deux semaines avec des douleurs lombaires irradiant dans le membre inférieur droit, sans déficit musculaire. La Dre R._____ a également exposé les éléments suivants :

« A l'heure actuelle, la patiente présente des nombreuses limitations physiques en raison des douleurs lombaires, par exemple, dans son quotidien: elle doit être aidée par sa famille pour ce qui est du ménage hormis les petites tâches ménagères type époussetage de la poussière, nettoyage des petites surfaces, elle doit être aidée pour porter le linge et faire la lessive, bénéficie également de l'aide pour aller faire ses courses. Elle peut toutefois porter des sacs légers de 2 à 3 kilos sur une durée de 20 à 30 minutes. Elle sort chaque jour marcher 30 à 45 minutes, fait des exercices de gainage quotidiennement 2 x/j et suit de la physiothérapie, elle fait la cuisine, mais ne peut pas prendre beaucoup de temps car elle est incapable de rester debout plus d'une heure, doit s'asseoir tous les 30 à 45 minutes. Lorsqu'elle range le linge, elle peut ranger ce qui est à sa hauteur et doit s'arrêter fréquemment. Elle a essayé de tester plusieurs activités supplémentaires notamment elle a tenté de garder ses petits enfants qui sont en bas âge mais elle n'est pas capable ni de les porter ni d'assumer cette garde d'enfant (enfants

en âge de marcher) avec des grandes difficultés au-delà d'une heure.

Au vu de ses limitations dans sa vie quotidienne, il me paraît actuellement difficile d'envisager une activité professionnelle qui devrait être régulière même si elle est sédentaire sans port de charge. »

Face à ces différents éléments médicaux, l'OAI, suivant l'avis de son service médical (ci-après : le SMR), a admis la nécessité d'un examen rhumatologique. Cet examen a eu lieu en date du 18 juillet 2018 et a été pratiqué par le Dr V._____, spécialiste en médecine physique et en réadaptation.

Dans son rapport d'examen rhumatologique établi le 15 août 2018, le Dr V._____ a retenu en tant que diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail des lombopygialgies non déficitaires dans le cadre d'un status après décompression chirurgicale L4-L5 pour un canal lombaire étroit, d'une arthrose des articulations postérieures prédominant aux niveaux inférieurs. Une dysplasie fémoro-patellaire, un status après entorse du ligament latéral interne du genou droit en 2013, des pieds plats ainsi qu'un hallux valgus bilatéral étaient également mentionnés, pathologies cependant dénuées de répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. Le Dr V._____ faisait état d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de femme de ménage depuis le 14 octobre 2015, respectivement de 75% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 20 juillet 2016. A l'appui de son évaluation, il exposait les éléments suivants :

« Si on compare avec l'examen du rachis dorsolombaire effectué lors de l'expertise du Dr Z._____ (cf rapport du 14.03.2016) on constate que la manœuvre de Lasègue est toujours négative. La distance doigts-sol est comparable : 20 cm avec le Dr Z._____, 21 cm lors de l'examen de ce jour, avec toutefois une distance doigts-orteils de 0 cm actuellement. Cette différence entre la distance doigts-sol et doigts-orteils reflète une participation partielle de l'assurée à certains moments de l'examen. Le Schober lombaire est également comparable. L'extension s'est légèrement améliorée.

Malgré l'intensité des douleurs mentionnées par l'assurée, elle continue à préparer les repas pour elle et ses deux enfants restés à domicile. Elle effectue régulièrement des promenades. Elle voyage en France pour rendre visite à sa famille ou à des amis. Elle accompagne ses enfants pour les commissions. Elle s'occupe de

rangements à la maison, des tâches administratives, de la lessive, de la vaisselle en fractionnant les activités.

L'examen clinique de ce jour est rassurant. L'assurée se déplace avec aisance à plat et dans les escaliers. Elle ne présente pas de radiculopathie irritative ni déficitaire. Ses activités quotidiennes montrent des ressources physiques suffisantes au moins pour une activité légère. L'activité de femme de ménage n'est plus exigible. Dans son expertise, le Dr Z. _____ estimait également que la capacité de travail comme femme de ménage est nulle de manière vraisemblablement définitive (cf. rapport d'expertise du 14.03.2016). Il y a lieu de retenir une incapacité de travail de 100% dans cette activité à partir du 14.10.2015 comme l'annonce l'assurée et le confirme le Dr [...] dans le rapport du 24.12.2015, et le Dr R. _____ dans le rapport du 28.12.2015.

Dans le rapport du 13.05.2016 et du 04.10.2016, le Dr R. _____ atteste un arrêt de travail dans l'activité habituelle de 100% à partir du 30.03.2015. Ces rapports surviennent après le premier rapport mentionnant une incapacité de travail de 100% à partir du 14.10.2015 et la date de l'arrêt de travail ne concorde pas avec les déclarations de l'assurée. Nous retenons donc la date du 14.10.2014 pour le début de l'arrêt de travail durable.

Dans une activité adaptée, lors de l'expertise effectuée le 09.03.2016, le Dr Z. _____ estime que la capacité de travail est d'au moins 50% (cf. rapport du 14.03.2016). Nous nous alignons sur l'avis de l'expert. L'assurée est ensuite en arrêt de travail à 100% en raison de l'intervention chirurgicale lombaire effectuée le 14.04.2016 (cf. rapport du Dr G. _____ du 20.06.2016). Lors de la consultation du 20.07.2016, le Dr P. _____ relève que les plaintes ne semblent pas être liées au status après cure de canal lombaire étroit (cf. rapport du 20.07.2016). On conclut que l'intervention chirurgicale n'a plus d'effets incapacitants dans une activité adaptée à partir de cette date. Une atteinte neurologique n'est pas objectivée par le Dr T. _____ (cf. rapport du 30.08.2016). Le Dr G. _____ ne trouve pas non plus d'explications aux douleurs avec les examens radiologiques (cf. rapport du 18.11.2016). On constate une diffusion des douleurs ; l'assurée se présente aux urgences du [...] le 09.02.2018 pour des cervicalgies, des dorsalgies, des lombalgies (cf. rapport du Dr Paris du 10.02. 2018).

En raison d'un substrat organique n'expliquant que partiellement les plaintes de l'assurée, de l'examen clinique rassurant de ce jour, des ressources physiques de l'assurée, on estime qu'elle dispose d'une capacité de travail de 75% dans une activité légère permettant l'alternance des positions assis et debout. Les douleurs lombaires à caractère mécanique justifient une baisse de rendement de 25% afin de permettre des pauses supplémentaires.

Compte tenu des signes comportementaux de Waddell à 3/5, d'une symptomatologie algique ne s'expliquant que partiellement par l'atteinte dégénérative lombaire, il y a lieu d'éviter les traitements invasifs. Les traitements passifs tels que massages sont de peu d'utilité. Il y a lieu d'encourager l'assurée à augmenter progressivement ses activités.

Limitations fonctionnelles

Positions prolongées assis ou debout, marche continue au-delà de 30 à 45 minutes, port de charge au-delà de 5 kg, posture en porte-à-faux lombaire, mouvements répétitifs de flexion/extension et rotation lombaire. L'alternance des positions assis et debout permet d'augmenter le temps de travail ; elle devrait avoir lieu en moyenne 2x/heure.

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

Il y a une incapacité de travail de 100% dans l'activité de femme de ménage à partir du 14.10.2015. Le fractionnement des activités à domicile permet à l'assurée d'effectuer les tâches ménagères les plus légères.

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

L'incapacité de travail est restée totale dans l'activité de femme de ménage. Dans une activité adaptée, la capacité de travail est d'au moins 50% à partir du 09.03.2016 (selon expertise du Dr Z. _____ du 14.03.2016), de 0% à partir du 14.04.2016 suite à l'intervention chirurgicale lombaire, puis de 75% à partir du 20.07.2016 (date de la consultation le Dr P. _____ qui constate que les plaintes de l'assurée ne sont plus liées au status postopératoire).

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 de douleurs persistantes après status post-décompression chirurgicale L4-L5 et d'une arthrose des articulations postérieures. L'examen du genou droit est sp actuellement. Il n'y a pas de limitations fonctionnelles en rapport avec le genou. Les pieds plats et l'hallux valgus bilatéral sont asymptomatiques. Ils ne sont pas non plus incapacitants.

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

Depuis le 20 juillet 2016.

Pronostic

Dans le rapport d'expertise du 14.03.2016, le Dr Z. _____ relève déjà un pronostic réservé en regard de l'intensité de la symptomatologie douloureuse et son retentissement sur le fonctionnement. Ce pronostic réservé sur le plan professionnel est toujours d'actualité chez une assurée qui reste focalisée sur ses douleurs et qui n'envisage pas reprendre une activité professionnelle. Dans le rapport du 29.03.2018, le Dr R. _____ indique qu'il lui paraît difficile d'envisager une activité professionnelle. Cette difficulté s'explique essentiellement par des facteurs subjectifs (douleurs) mais ne se justifie pas sur le plan ostéoarticulaire. »

Par projet de décision du 5 octobre 2018, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations. Compte tenu d'une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée, le degré d'invalidité se montait à 13,64% après une comparaison entre les revenus

avec et sans invalidité. Un tel taux était insuffisant afin d'ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

Par décision du 6 novembre 2018, l'OAI a octroyé à l'assurée une aide au placement, l'intéressée étant considérée comme réadaptable.

Le 30 novembre 2018, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, Me Corinne Monnard Séchaud, a contesté le projet de décision précité, plus particulièrement l'appréciation médicale du Dr V._____. En raison de ses douleurs, l'intéressée ne disposait pas d'une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée. Quoiqu'il en soit, le rapport d'examen clinique du Dr V._____ ne contenait pas les éléments suffisants pour qu'il soit procédé à une décision en pleine connaissance de cause. Une nouvelle expertise médicale s'avérait ainsi nécessaire, avec notamment un versant psychiatrique.

Par rapport médical du 20 décembre 2018, la Dre R._____ a également contesté tant le projet de décision de l'OAI que l'appréciation du Dr V._____, exposant son point de vue comme suit :

« Je tiens tout d'abord à relever que Mme S._____ est une patiente ayant fait preuve de beaucoup de volonté d'améliorer sa condition médicale, active dans sa prise en charge médicale, et régulière dans les contrôles.

Malgré ceci et malgré une décompression L4-L5 en 2016 en raison d'une composante de hernie discale à un canal lombaire étroit stade C au niveau L4-L5, très symptomatique avec douleurs de type neuropathique dans les membres inférieurs, l'évolution est défavorable : elle souffre de douleurs chroniques lombaires et dans les jambes, ne pouvant être soulagée par différents antalgiques ni par des mesures de physiothérapie.

Ces douleurs engendrent des limitations fonctionnelles importantes l'empêchant notamment d'être autonome dans sa vie quotidienne, contrairement à ce qui est dit dans le rapport d'expertise : en effet, Mme S._____ bénéficie de l'aide indispensable et quotidienne de ses enfants pour une grande partie des tâches ménagères. Sans eux, une aide au ménage aurait dû être mise en place.

Il est dit dans le rapport d'expertise qu'elle prépare les repas : il faut toutefois noter qu'elle doit se faire aider pour porter les casseroles et qu'elle ne peut cuisiner trop longtemps (pas plus d'une heure) et doit aller s'allonger un moment après cette tâche. Il est dit également qu'elle participe aux courses, mais elle rapporte qu'elle doit s'asseoir souvent dans les magasins et que ses enfants qui portent les courses. Elle effectue régulièrement des promenades

de 45 min-1heure sur conseil médical pour ne pas perdre en mobilité. Il est dit également qu'elle s'occupe des tâches administratives, or c'est son fils aîné qui s'en occupe, ayant des problèmes de concentration.

Il est dit dans le rapport que l'on doit l'encourager à augmenter ses activités : cela a déjà été fait mais Mme S. _____ a atteint ses limites actuellement et l'on ne voit plus de progrès possible déjà depuis 1 an. Il faut noter par ailleurs qu'elle effectue déjà des exercices quotidiens pour le dos à domicile.

Il est aussi dit dans le rapport qu'une activité permettant les alternances assis debout devrait permettre une augmentation de l'activité : cela ne me semble pas suffisant puisque la patiente doit se coucher et avoir un moment de repos total après une certaine activité même modérée.

D'autre part, son état est fluctuant et certains jours, même la marche devient difficile. Un examen clinique rassurant le jour de l'expertise n'est pas forcément représentatif de la vie quotidienne de la patiente.

Au vu de ces remarques ci-dessus et de la non évolution médicale et en l'absence de sanction thérapeutique efficace. Je ne suis pas d'accord médicalement avec les conclusions du rapport d'expertise du Dr V. _____ du 18.07.2018 qui conclut que ma patiente est apte à travailler à 75 % en respectant des limitations physiques. »

Le 3 janvier 2019, l'assurée a déposé une motivation complémentaire aux objections précédemment déposées. Elle faisait en substance siennes des conclusions prises par la Dre R. _____ et confirmait la nécessité d'ordonner la mise en place d'une expertise médicale indépendante.

Compte tenu de la nouvelle appréciation de la Dre R. _____, l'OAI a interpellé le SMR qui, par l'intermédiaire du Dr X. _____, médecin, a constaté le 2 décembre 2019 qu'aucun élément médical susceptible de modifier les conclusions retenues antérieurement n'avait été apporté, ni aucun élément objectif nécessitant la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Par décision du 16 janvier 2020, l'OAI a confirmé son projet de décision et rejeté la demande de prestations de l'assurée. L'office a mis en évidence que l'expert V. _____ avait clairement expliqué qu'en raison des douleurs lombaires à caractère mécanique, un rendement diminué de 25% était justifié. Le rapport de la Dre R. _____ du 20 décembre 2018 n'apportait aucun élément nouveau objectif, ni ne développait à satisfaction la présence

d'une quelconque atteinte psychiatrique. L'examen du Dr V._____ remplissait tous les critères posés par la jurisprudence pour que pleine valeur probante lui soit reconnue, aucun élément apporté par l'assurée n'étant susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

B. **a)** Par acte du 18 février 2020, S._____, par l'intermédiaire de son conseil, Me Corinne Monnard Séchaud, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité entière lui soit allouée dès le 1^{er} octobre 2016, avec intérêt à 5% l'an dès le 1^{er} octobre 2018. Elle soutenait en substance que l'expertise rendue par le Dr V._____ apparaissait comme lacunaire et en contradiction avec tous les éléments présents au dossier. Dans la mesure où l'expertise du Dr V._____ n'était pas probante, l'OAI se devait d'instruire plus en avant son dossier, spécialement l'étendue de sa capacité de travail, respectivement de ses limitations fonctionnelles. Ainsi, S._____ a requis l'établissement d'une nouvelle expertise médicale dans le domaine rhumatologique et neurologique.

A l'appui de son recours, la recourante a produit deux rapports médicaux établis par le Dr G._____ respectivement le 25 septembre 2019 et le 6 février 2020. Dans son rapport du 25 septembre 2019, ce médecin a retenu les diagnostics de récurrence de canal lombaire étroit L4-L5, de status post décompression L4-L5 gauche par cross-over droit en 2016 au CHUV, de syndrome métabolique avec diabète de type 2 non traité, sans polyneuropathie, de status post diabète gestationnel, d'hypertension artérielle traitée, de surcharge pondérale, de troubles anxieux, de status post hépatite B, de syndrome du tunnel carpien bilatéral et de myalgies sous isotrétinoïne. Le Dr G._____ faisait état de paresthésies dans la jambe droite avec des brûlures ainsi que des douleurs rapportées tant à la position couchée qu'assise. Une infiltration péri-durale a été recommandée.

Dans le second rapport médical produit, le Dr G._____ a retenu des lombosciatalgies bilatérales et un status post décompression L4-L5 gauche par cross-over droit en 2016 au [...]. Les douleurs étaient identiques avec des douleurs sous les pieds associées à des brûlures remontant dans les

mollets, des douleurs sur le haut des fesses et lombaires, des douleurs à la marche mais également nocturnes. La requérante avait de la peine à mener une vie normale ainsi qu'à s'occuper de sa famille, les douleurs ayant de plus en plus d'impact dans la vie quotidienne.

b) Dans sa réponse du 27 mai 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse. L'Office a renvoyé au développement résultant de la décision attaquée.

E n d r o i t :

1. a) La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; 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 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 a pour objet le droit de la requérante à une rente de l'assurance-invalidité, plus particulièrement l'évaluation de sa capacité de travail.

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

marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle 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).

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

b) 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 une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

4. a) La recourante conteste la valeur probante de l'expertise rhumatologique réalisée par le Dr V._____. Selon elle, dite expertise était empreinte de contradictions et s'avérait lacunaire. Une nouvelle expertise était ainsi nécessaire.

b) A l'occasion de son examen rhumatologique, le Dr V._____ a constaté que les douleurs lombaires ressenties par la recourante ne s'étendaient pas au-delà des fesses, ces douleurs étant communes sans signe déficitaire ni caractère inflammatoire, dans les suites d'une intervention chirurgicale. En raison d'une discopathie prédominante en L4-L5 ainsi qu'une arthrose significative des articulations postérieures, une diminution des contraintes mécaniques se justifiait dans cette région. Le Dr V._____ faisait également état de ressources partiellement préservées, l'intéressée parvenant à préparer des repas, à effectuer des promenades, à participer aux

commissions et s'occuper des diverses tâches ménagères et administratives. L'appréciation réalisée se base sur les différentes IRM réalisées au cours de la procédure et sur un examen clinique d'une durée de huitante cinq minutes. En outre, les différentes pièces médicales des médecins traitants, établies tant par le Dr Z._____ que par les Drs R._____, P._____, T._____ et G._____, sont intégrées dans la réflexion, spécialement dans l'évolution chronologique de la capacité de travail de la recourante.

Les investigations menées par le Dr V._____ ont mis en évidence une capacité de travail résiduelle de 75% dans une activité adaptée, évaluée sur la base d'examens cliniques du rachis (évaluation de la marche, l'accroupissement, changements de positions, amplitudes, signes de Waddell) et sur les ressources dont continue à disposer la recourante. Quant aux limitations fonctionnelles (soit les positions prolongées assises ou debout, la marche continue au-delà de 30 à 45 minutes, le port de charge au-delà de 5 kilos, la posture en porte à faux lombaire, les mouvements répétitifs de flexion/extension et rotation lombaire), elles ont été retenues à la suite d'un examen approfondi du status ostéoarticulaire, spécialement du rachis et des épaules. Si l'essentiel des amplitudes articulaires semblent préservées, une diminution de la mobilité lombaire en flexion et en extension a été constatée. Cette restriction a été prise en compte dans l'énumération des limitations fonctionnelles, spécialement dans la nécessité d'éviter les mouvements répétitifs de flexion/extension et de rotation lombaire ainsi que l'alternance des positions assises et debout, permettant à la recourante d'augmenter son temps de travail moyennant une diminution de rendement de 25%.

Au vu de ce qui précède, il apparaît que l'examen rhumatologique réalisé se base sur une anamnèse circonstanciée, prend en compte les plaintes de l'assurée et les pièces médicales versées au dossier. Elle se fonde en outre sur des examens cliniques complets. Les conclusions du Dr V._____ sont motivées à satisfaction et exemptes de contradictions. On constate ainsi que l'examen réalisé par le Dr V._____ remplit les conditions posées par la jurisprudence afin de se voir reconnaître toute valeur probante.

c) Contrairement à ce que soutient la recourante, aucune des différentes pièces médicales présentes au dossier ne permet de mettre valablement en doute les conclusions du Dr V._____. En premier lieu, le rapport du Dr B._____ ne contient pas d'éléments suffisants afin de remettre en cause l'examen rhumatologique du Dr V._____, le premier cité ayant expressément renoncé à se prononcer sur la capacité de travail de la recourante. Quant aux éléments médicaux constatés par la Dre R._____, ils ne diffèrent pas fondamentalement des conclusions du Dr V._____, spécialement sur les plans diagnostique et algique. Le médecin traitant de la recourante retient la difficulté pour la recourante d'envisager une reprise professionnelle mais s'abstient de définir l'étendue d'une éventuelle capacité de travail résiduelle, respectivement des limitations fonctionnelles et la baisse de rendement qui grèverait dite capacité. La Dre R._____ insiste sur les aides dont bénéficie l'assurée dans la réalisation des tâches ménagères afin de conclure en l'impossibilité de reprendre toute activité. Cette problématique n'est cependant pas ignorée par le Dr V._____. Ce dernier ne retient pas que l'assurée soit en mesure de réaliser seule l'entier des tâches nécessaires à la conduite d'un ménage, mais précise qu'elle conserve des capacités non-négligeables afin d'en effectuer certaines, spécialement les tâches légères. On relève d'ailleurs que ces observations quant aux ressources de l'assurée rejoignent celles exposées par la Dre R._____ dans son rapport du 29 mars 2018. Quant au Dr G._____, spécialement dans son rapport du 25 septembre 2019, il partage l'avis du Dr V._____ quant à l'origine non-organique des douleurs ressenties par la recourante, dans la mesure où le Dr G._____ admet qu'elles pouvaient difficilement s'expliquer par le status présenté.

d) Compte tenu de ce qui précède, les conclusions retenant une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée dès le 20 juillet 2016, la difficulté à se projeter dans la reprise d'une activité professionnelle s'expliquant essentiellement par des facteurs subjectifs et non par des constatations sur le plan ostéoarticulaire, peuvent être suivies. Pour le surplus, le calcul du degré d'invalidité n'est pas contesté (revenus avec et sans invalidité).

5. Le dossier étant complet, permettant ainsi au tribunal de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par la recourante, à savoir la mise en œuvre d'une expertise, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (par appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1). En effet, cette mesure n'est pas susceptible de modifier l'appréciation de la Cour de céans s'agissant des atteintes à la santé de la recourante et de leur influence sur sa capacité de travail.

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

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 83 LPGA), la procédure de recours en matière de contestations 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 ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (cf. art. 69 al. 1 LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

c) Enfin, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 16 janvier 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais de justice, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge d'S._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Monnard-Séchaud, 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 :