

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 novembre 2021

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Oppikofer, assesseur  
Greffière : Mme Tagliani

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par CAP Compagnie d'Assurance  
de Protection Juridique SA,

et

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

---

**Art. 6 ss et 16 LPGA ; 8 al. 1 et 28 al. 1 LAI ; 49 al. 2, 87 al. 2 et 3  
RAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** F. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], alors auxiliaire de ménage en CMS (centre médico-social) à 50 %, avait déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) le 11 janvier 2005. Elle souffrait d'une spondylarthrose sévère L5-S1 avec discopathie associée médiane et bilatérale depuis des années, qui avait nécessité une intervention chirurgicale neuro-orthopédique décompressive et de stabilisation effectuée le 17 mars 2005. L'évolution post-opératoire était qualifiée de favorable sur les plans neurologique et radiculaire, seul subsistait un syndrome lombo-vertébral partiel statique et fonctionnel.

Par décision du 1<sup>er</sup> février 2007, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, cette dernière ayant repris une activité professionnelle comme employée d'exploitation au sein d'un EMS à 100 %, dès le 1<sup>er</sup> février 2006. Cette décision, non contestée, est entrée en force.

**b)** L'assurée a complété une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité le 13 juillet 2017, qui est parvenue à l'OAI le 24 juillet 2017, indiquant qu'elle était en incapacité de travail totale depuis le 16 juin 2017. Elle avait rempli un formulaire de détection précoce en juin 2017, signalant des problèmes de dos et des absences du travail, de courte ou longue durée, depuis 2015. Lors d'un entretien avec un intervenant de l'OAI, l'assurée a expliqué qu'elle avait quitté l'EMS en 2011, qu'elle avait ensuite été employée comme agente de sécurité, auprès de [...]SA jusqu'en 2014, puis pour le compte de K. \_\_\_\_\_ SA. Dans son emploi à 100 % pour K. \_\_\_\_\_ SA (ci-après : l'employeur), son lieu de travail était la loge d'accueil de la prison [...] à [...], à raison de quatre jours par semaine, de 6 h 30 à 18 h 30.

Le 20 septembre 2017, l'assurée a fait savoir à l'OAI que sans atteinte à sa santé, elle travaillerait à 100 %, comme agente de sécurité, par nécessité financière.

L'OAI a recueilli des documents médicaux au sujet de l'assurée. Par rapport parvenu à l'OAI le 15 novembre 2017, la Dre C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a indiqué que cette dernière souffrait de dorsolombalgies chroniques depuis mai 2017, avec discopathies dégénératives (légère en C5-C6, marquée en D9-D10, modérée en D9-D10), et status post intervention chirurgicale de 2005. La Dre C.\_\_\_\_\_ précisait que l'assurée présentait des contractures paravertébrales douloureuses de tout le rachis lombaire avec une douleur acutisée au niveau de la jonction cervico-dorsale et lombaire haute. Il n'y avait pas de déficit moteur ni sensitif sur les quatre membres. La médecin avait mené des examens, qui avaient montré plusieurs discopathies thoraciques, et permis d'exclure une hernie cervicale, une pathologie extra-rachidienne, ainsi qu'une indication chirurgicale. L'activité habituelle de l'assurée n'était plus exigible selon la Dre C.\_\_\_\_\_, qui relevait que sa patiente ne pouvait notamment pas tolérer la position assise plus de trente minutes, entre autres limitations fonctionnelles.

Dans un rapport du 6 juin 2018, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a informé l'OAI qu'il retenait les diagnostics de cervico-scapulalgies handicapantes, de dorsalgies handicapantes, de lombopygialgies gauches et d'un état de stress post-traumatique avec troubles du sommeil de longue date et parasomnies, depuis 2016. Le médecin a commenté des rapports d'imagerie et indiqué qu'au vu de ses constats, son pronostic était réservé. Il estimait que l'activité d'agente de sécurité de l'assurée n'était plus exigible ; dans l'immédiat, il ne s'attendait pas à la reprise de l'activité professionnelle et il préconisait une appréciation davantage ciblée sur le plan psychologique. Le médecin relevait des répercussions d'ordre psychologique existant en toile de fond, dimension qui jouait un rôle important dans l'équilibre existant pour prévenir une désinsertion sociale. Du point de vue des limitations fonctionnelles, le Dr T.\_\_\_\_\_ rapportait qu'une activité permettant l'alternance de postures était recommandée, sans marche en terrain irrégulier, en limitant les activités avec positions penchée, accroupie, à genoux, de rotation, avec port de charges de plus de 5 kg,

contre ou près du corps, sur une échelle ou un échafaudage. Les capacités de concentration, d'adaptation et de résistance de l'assurée étaient limitées. Le médecin constatait que l'assurée présentait un déconditionnement physique global, avec la survenance d'une kinésiophobie et d'une perte de l'adaptabilité fonctionnelle vertébrale. En l'état, le Dr T. \_\_\_\_\_ estimait qu'il était illusoire de procéder à des appréciations d'exigibilité professionnelle ou à des mesures de stage de réentraînement professionnel.

Par communication du 12 juin 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place des mesures d'intervention précoce ou de réadaptation.

L'assurée a fait savoir à l'OAI que son employeur avait mis un terme à son contrat de travail au 31 mars 2019.

L'OAI a soumis le dossier de l'assurée à son Service médical régional de Suisse romande (ci-après : le SMR), qui a émis un avis médical le 4 avril 2019. Dans cet avis, le SMR a listé quelques questions supplémentaires à poser au Dr T. \_\_\_\_\_. Ce dernier a rédigé un rapport le 23 juillet 2019, dans lequel il a notamment indiqué que l'assurée était suivie par un médecin psychiatre. S'agissant de la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée, le Dr T. \_\_\_\_\_ a expliqué qu'une activité sédentaire « soi-disant adaptée » impliquerait assurément des positions statiques longtemps maintenues habituellement en position assise ou debout immobile, ce qui ne rentrait pas en ligne de compte au vu de la problématique lombaire. De même, une telle activité impliquerait des mouvements répétitifs ou des positions statiques avec bras de levier pour les membres supérieurs, ce qui n'était pas envisageable au vu de la problématique conjointe thoracique et cervicale. Selon le médecin, l'équilibre était très précaire déjà au quotidien, malgré le lourd investissement entrepris en médecine physique avec des bénéfices insuffisants, qui imposaient la poursuite d'un traitement morphinique, perturbant également les aptitudes mentales et la concentration de l'assurée, ce qui rendait aléatoire l'exigibilité de sa réinsertion

professionnelle. Le Dr T.\_\_\_\_\_ retenait par conséquent un pronostic sombre.

L'assurée a informé l'OAI, lors d'un contact téléphonique le 26 juillet 2019, qu'elle avait été suivie par un psychiatre dans le passé pour des problèmes familiaux mais qu'elle allait désormais très bien à ce niveau.

Par avis médical du 21 août 2019, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire en rhumatologie et psychiatrie, avec formulaire mini CIF-TAPP.

Par courrier du 10 octobre 2019, l'assurée a confirmé à l'OAI qu'elle ne faisait l'objet d'aucun suivi psychiatrique et que l'indication contraire du Dr T.\_\_\_\_\_ relevait d'une erreur. Elle n'avait nullement besoin d'une expertise dans ce domaine. L'assurée avait consulté à nouveau son ancien psychiatre traitant, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, sur les conseils du Dr T.\_\_\_\_\_, lors d'un unique rendez-vous en 2018, sans qu'elle n'en voie l'intérêt et sans que le psychiatre ne lui conseille un suivi à l'issue de cette consultation. Elle a joint à son envoi une attestation du Dr G.\_\_\_\_\_ qui certifiait que son suivi avait pris fin en 2007.

Par avis du 20 octobre 2019, annulant et remplaçant celui du 21 août 2019, le SMR a demandé la réalisation d'une expertise mono-disciplinaire en rhumatologie, renonçant au volet psychiatrique au vu des explications de l'assurée.

L'assurée s'est soumise à un examen clinique rhumatologique du SMR, mené par le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, le 29 janvier 2020. Dans son rapport du 4 février 2020, le Dr L.\_\_\_\_\_ a écrit qu'il retenait comme diagnostic ostéoarticulaire avec répercussion durable sur la capacité de travail, des rachialgies diffuses avec peu de substrat organique, soit des discopathies dégénératives prédominant en C5-C6, D5-D6-D9-D10, ainsi qu'un status après

spondylodèse postérieure de L4 à S1 et antérieure en L5-S1. Il a exclu un éventuel diagnostic de fibromyalgie, eu égard à la distribution des douleurs. Le Dr L. \_\_\_\_\_ a estimé que la capacité de travail de l'assurée dans son activité d'agente de sécurité était nulle depuis le 17 juin 2017. Dans une activité adaptée, il considérait que la capacité de travail de l'assurée était de 90 %, en raison d'une diminution de rendement de 10 % justifiée pour permettre des pauses supplémentaires, afin de détendre la musculature. Les limitations fonctionnelles que le médecin retenait étaient la position assise au-delà d'une heure à une heure et demie, la position statique debout au-delà de dix minutes, la marche sans interruption au-delà de trente minutes, le port de charges répétitif au-delà de 5 kg ou occasionnel au-delà de 10 kg, les postures en porte-à-faux lombaire, les mouvements répétitifs et contre résistance. L'alternance des positions permettait de prolonger le temps de travail. Le pronostic ostéoarticulaire du Dr L. \_\_\_\_\_ était favorable, car il n'y avait pas eu de complication à la spondylodèse, et il n'y avait pas de dégénérescence significative du segment adjacent à cette dernière. Sur le plan professionnel en revanche, son pronostic était sombre, l'assurée présentant un comportement douloureux avec de nombreuses incohérences, un score de Waddel à 5/5, et ne se voyant pas reprendre une activité professionnelle.

Par projet de décision du 24 mars 2020, l'OAI a informé l'assurée de son intention d'une part de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité, et d'autre part de lui proposer une mesure d'aide au placement. L'OAI a retenu, à l'échéance du délai d'attente, une capacité de travail entière dans une activité adaptée, une diminution de rendement de 10 % et un degré d'abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles de l'assurée. Compte tenu de la comparaison entre ses revenus sans invalidité et d'invalidité, la recourante présentait un degré d'invalidité de 22,06 %, ce qui ne lui ouvrait pas le droit à une rente.

L'assurée a formulé des objections au projet de décision précité, par courrier du 30 mars 2020, puis du 14 mai 2020, produisant divers rapports médicaux, dont ceux qui ne figuraient pas déjà au dossier de l'OAI portaient principalement sur la période de 2004 à 2008.

Par décision du 15 juin 2020, l'OAI a confirmé son projet, refusant l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assurée. Dans un courrier du même jour, l'OAI a informé l'assurée que ses objections ne contenaient aucun élément lui permettant de revoir sa position.

**B.** Par acte du 17 août 2020, F.\_\_\_\_\_, désormais représentée par CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, a formé recours contre la décision précitée par-devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a conclu, avec suite de frais et dépens, à la réforme de la décision en ce sens qu'une rente entière d'invalidité, respectivement des mesures de réadaptation, lui soient octroyées, et subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

En substance, la recourante a fait valoir des lacunes dans l'instruction de sa cause par l'intimé, soit le défaut de traduction de sa capacité de travail sur un marché équilibré du travail, qui aurait révélé l'impossibilité de trouver une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles. Les exemples de professions retenus par l'OAI ne respectaient pas ses limitations fonctionnelles. Son degré d'invalidité aurait dû lui donner droit à des mesures de réadaptation. Sa santé était de nature à se péjorer avec le temps, de manière constante car ses atteintes étaient dégénératives et progressives, et son incapacité de travail était de 60 % au moins. La recourante a annoncé l'établissement prochain d'un rapport du Dr T.\_\_\_\_\_ et produit un lot de pièces sous bordereau à l'appui de son recours, dont un rapport du 6 juillet 2020 de la Dre C.\_\_\_\_\_, rédigé à l'attention de la représentante de la recourante. Dans ce rapport, la Dre C.\_\_\_\_\_ notait que la symptomatologie rachidienne de la recourante était connue de longue date. Comme comorbidités, la médecin signalait notamment un probable syndrome de stress post-traumatique avec troubles du sommeil de longue date et un probable trouble somatoforme douloureux. La Dre C.\_\_\_\_\_ indiquait que la recourante présentait toujours des douleurs invalidantes sur l'entier du dos, qui n'avaient que peu évolué au cours des deux dernières années,

qu'un traitement de physiothérapie à sec et en piscine était recommandable au minimum, et qu'un suivi psychothérapeutique pourrait probablement être profitable, afin de dépasser le cercle vicieux angoisse-douleurs-angoisse en place depuis longtemps. La médecin se ralliait aux limitations fonctionnelles retenues par l'intimé, sous réserve du port de charges qui était limité selon elle à 5 kg. Les activités listées par l'OAI comme adaptées étaient compatibles avec l'état de santé de la recourante pour autant que ses limitations fonctionnelles soient respectées et qu'elle puisse alterner les positions aussi souvent que nécessaire. La Dre C. \_\_\_\_\_ estimait que la recourante pouvait travailler à 40 % au maximum dans une activité adaptée, et elle ne pouvait pas se prononcer sur un pourcentage dégressif, comme demandé par la recourante (« Si vous deviez considérer qu'une activité pourrait être adaptée à son état de santé, celle-ci le serait pour combien de temps ? Selon quel pourcentage dégressif ? »). La médication actuelle de la recourante ne mettait pas en péril sa capacité de travail ou celle de conduire des véhicules, tant que ses doses de médicaments étaient stables.

L'intimé a répondu au recours le 2 octobre 2020, relevant que les limitations fonctionnelles retenues par les Drs T. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_ concordait pour l'essentiel avec celles décrites par le médecin-examineur du SMR. Le cas de la recourante avait bien fait l'objet d'un examen par l'un des spécialistes en réinsertion de l'intimé. Comme la recourante annonçait la production d'un nouveau rapport du Dr T. \_\_\_\_\_, l'intimé comptait attendre ce document avant de se prononcer plus avant.

Par courrier du 23 octobre 2020, la recourante a transmis à la Cour de céans un rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ du 13 octobre 2020 ainsi qu'une lettre qu'elle avait écrite, par laquelle elle exprimait son incrédulité face à ses supposées perspectives d'emploi sur le marché du travail. Dans son rapport, le Dr T. \_\_\_\_\_ s'étonnait des conclusions médicales de l'intimé, et estimait que les activités listées conduiraient à court terme à un échec, car l'équilibre quotidien de la recourante était déjà précaire, alors que ses activités étaient limitées. Des tâches répétitives de port de charges et de

porte-à-faux entre 5 et 10 kg, soumises à une volonté de rentabilité, allaient forcément avoir, selon le médecin, des effets sur la santé de la recourante. Cette dernière disposait d'une capacité adaptative extrêmement faible. Le Dr T.\_\_\_\_\_ préconisait de déterminer le plus objectivement possible la tolérance de la recourante et son potentiel de rentabilité par une appréciation fonctionnelle auprès du Dr B.\_\_\_\_\_, au centre médical [...]SA. La recourante a en sus indiqué qu'elle allait être examinée par plusieurs spécialistes à la demande de la Dre C.\_\_\_\_\_, durant deux semaines, à la suite de quoi elle consulterait le Dr B.\_\_\_\_\_.

Par courrier du 3 décembre 2020, la recourante a requis la suspension de la cause, en raison du report du programme multimodal précité, au Centre hospitalier H.\_\_\_\_\_ (ci-après : H.\_\_\_\_\_). L'intimé s'est rallié à cette proposition le 4 janvier 2021.

Par ordonnance du 13 janvier 2021, la juge instructrice a prononcé la suspension de la cause jusqu'à la réalisation du programme multimodal par la recourante.

Par courrier du 25 mars 2021, la recourante a adressé à la Cour de céans le rapport médical établi le 19 mars 2021 à l'issue du programme multimodal précité, qui a eu lieu auprès du département de l'appareil locomoteur du service de rhumatologie H.\_\_\_\_\_. Ce rapport a été signé par le Professeur M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, et par le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin praticien, à la suite de la prise en charge de la recourante du 1<sup>er</sup> au 12 mars 2021, pour un bilan étiologique multidisciplinaire et un traitement multimodal de la douleur après échec de la prise en charge ambulatoire. Les diagnostics retenus étaient des dorsolombalgies, cervicalgies et douleurs des omoplates sur comportement défensif avec kinésiophobie et composant somatoforme. La recourante a bénéficié de différentes thérapies (notamment en rhumatologie, médecine physique et réadaptation, antalgie, psychiatrie, physiothérapie, ergothérapie) et investigations (bilan sanguin inflammatoire, métabolique et infectieux, radiographie de la colonne cervico-dorso-lombaire, IRM de la colonne totale, ultrason de

l'abdomen supérieur, questionnaires, analyse du sommeil). Le rapport est conclu comme suit :

« **Conclusion :**

Lombo-dorsalgie sur une surcharge avec une micro-instabilité des articulations zygapophysiales au-dessus de la fixation lombaire et rupture de l'anneau fibreux postérieur à l'étage L2-L3. Intense kinésiophobie avec un comportement de protection qu'implique des mouvements en mono-bloque [sic] et à des douleurs cervicales et aux omoplates. Un travail de réhabilitation physique minutieux est nécessaire avec pour objectif la remise en confiance (lutte contre la kinésiophobie) et renforcement des muscles lombo-abdominaux [sic]. [...]

**Consensus de capacité de travail :**

Vu l'âge de la patiente, le degrés [sic] de kinésiophobie, l'alexithymie [sic], les répertoires limités de réponses et le temps d'arrêt de travail, nous avons l'impression qu'une tentative de réinsertion est condamnée [sic] à l'échec. »

L'intimé s'est déterminé le 13 avril 2021 et a produit un avis du SMR du 12 avril 2021. Selon ce dernier, les éléments médicaux au dossier ne permettaient objectivement pas de s'écarter des conclusions retenues dans l'examen rhumatologique du 29 janvier 2020. L'intimé maintenait ainsi l'exigibilité de la part de la recourante de l'exercice d'une activité adaptée, à 90 %, compte tenu d'une diminution de rendement de 10 %. L'intimé a constaté que la communication d'aide au placement n'avait pas été jointe à l'envoi du projet de décision du 24 mars 2020, ce qu'il déplorait ; il suffisait dès lors à la recourante de faire savoir par écrit à l'intimé qu'elle souhaitait bénéficier de cette mesure.

La recourante ne s'est pas déterminée plus avant.

**E n d r o i t :**

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

(art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, le recours formé le 17 août 2020 contre la décision de l'intimé du 15 juin 2020 a été déposé en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires estivales, auprès du tribunal compétent (art. 38 al. 4 let. b LPGA, par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA et art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 ; 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C\_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1).

**b)** Le litige a pour objet le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail, et s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande, sur laquelle l'intimé est entré en matière.

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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, dans sa teneur en vigueur au 30 décembre 2020, vu l'art. 82a LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

**4. a)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit

(ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 consid. 3). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA).

**b)** Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

**5. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit

litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**c)** 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), 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 137 V 210 consid. 1.2.1 ; TF 9C\_159/2013 du 22 juillet 2013 consid. 4.1).

**6.** En l'espèce, il convient de déterminer si l'état de santé de la recourante s'est péjoré, dans une mesure susceptible de modifier l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée et de justifier l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, depuis la précédente décision au fond, datée du 1<sup>er</sup> février 2007. Il est établi qu'à cette époque, la recourante avait pu reprendre une activité professionnelle, à temps complet, l'évolution de son état de santé ayant été favorable après l'intervention chirurgicale neuro-orthopédique de décompression et stabilisation dont elle avait bénéficié en mars 2005. L'intimé avait alors rejeté la première demande de prestations de la recourante, décision que cette dernière n'avait pas contestée et qui était entrée en force et définitive.

Il est établi que la symptomatologie douloureuse de la recourante, au niveau du rachis, s'est à nouveau présentée et accentuée, jusqu'à ce que le 16 juin 2017, son médecin traitant lui prescrive un arrêt complet de travail (cf. rapport de la Dre C.\_\_\_\_\_ du 15 novembre 2017). L'éventuel droit de la recourante à une rente d'invalidité était donc susceptible de naître un an plus tard, en juin 2018, eu égard au délai d'attente de l'art. 28 al. 1 LAI (consid. 3b *supra*).

Dans le cadre de la présente procédure, la recourante ne conteste pas l'inexigibilité de son activité habituelle d'agente de sécurité, ni la nature de son atteinte à la santé, concernant exclusivement sa santé physique. La recourante prétend en revanche que son état de santé s'est aggravé depuis la décision du 1<sup>er</sup> février 2007 et que les effets de cette aggravation engendrent une modification de son degré d'invalidité, de sorte que le droit à une rente lui était ouvert et aurait dû lui être accordé par l'OAI. La recourante critique la décision entreprise sur le plan médical, s'agissant de sa capacité de travail résiduelle, et sur le plan économique, s'agissant des activités compatibles avec ses limitations fonctionnelles.

**7.** Du point de vue médical, la décision attaquée retient que la recourante dispose d'une capacité de travail de 90 %, compte tenu d'une diminution de rendement de 10 %, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Cette constatation correspond au résultat de l'examen clinique rhumatologique pratiqué par le Dr L.\_\_\_\_\_ du SMR, dont le rapport est daté du 4 février 2020, confirmé ensuite par l'avis médical du SMR du 12 avril 2021. Il convient de se pencher sur la valeur probante de ce document médical, conformément à la jurisprudence en la matière (consid. 5 *supra*).

**a)** Le Dr L.\_\_\_\_\_ du SMR a rencontré la recourante et procédé à des examens cliniques complets et détaillés dans son rapport (status général, neurologique, et ostéoarticulaire). Il a établi l'anamnèse familiale, scolaire et professionnelle de la recourante. Le Dr L.\_\_\_\_\_ a listé et résumé les différents documents médicaux qui étaient à sa

disposition, soit les rapports médicaux depuis la période de 2004-2005 jusqu'à ceux des Drs T.\_\_\_\_\_, C.\_\_\_\_\_ et l'attestation du Dr G.\_\_\_\_\_. Il a également pris connaissance du dossier radiologique de la recourante. L'examineur a listé les plaintes ostéoarticulaires de la recourante, qui a rapporté plusieurs épisodes douloureux marquants, en 1998, 2005 puis dès 2017. Le Dr L.\_\_\_\_\_ s'est en outre renseigné sur les habitudes de la recourante, sur sa vie quotidienne, ses loisirs et son contexte psychosocial.

**aa)** En se fondant sur ses constats cliniques et sur les documents médicaux à sa disposition, le Dr L.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics, qui ne sont pas contestés par la recourante ou ses médecins traitants, de rachialgies diffuses avec discopathies dégénératives et peu de substrat organique, et de status après spondylodèse postérieure (L4 à S1) et antérieure (L5-S1). Les Drs C.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ ont évoqué un diagnostic de probable stress post-traumatique avec troubles du sommeil, sans toutefois indiquer que ce dernier aurait un effet concret sur la capacité de travail de la recourante et sans y rattacher des limitations fonctionnelles. Des diagnostics sans incidence sur la capacité de travail ont également été mentionnés par les médecins traitants de la recourante, sans que cela ne soit pertinent en l'espèce (notamment du tabagisme et une dyslipidémie familiale). Quant à la suspicion de trouble somatoforme douloureux, tout trouble psychique a été nié par la recourante, ce que d'ailleurs le rapport du H.\_\_\_\_\_ a confirmé (« [...] la patiente ne présente pas de symptômes de la lignée anxieuse ou dépressive au premier plan », p. 5 du rapport du 19 mars 2021). Elle n'était en outre plus suivie par le Dr G.\_\_\_\_\_ lors de la période déterminante. Ainsi, ce diagnostic a été écarté par le SMR, ce qui semble cohérent et n'est en l'occurrence pas litigieux.

**bb)** Le Dr L.\_\_\_\_\_ a expliqué dans son rapport pour quelles raisons il niait toute complication liée à la spondylodèse, en l'absence d'une dégénérescence significative du segment adjacent à cette dernière. Le Dr L.\_\_\_\_\_ a en outre écarté les diagnostics d'hypermobilité articulaire (score de Beighton à 0/9 et absence de synovite), de canal

vertébral étroit et de rétrécissement foraminaux. Dans son appréciation du cas, le médecin a notamment relevé ce qui suit :

« La corrélation entre les douleurs diffuses annoncées par l'assurée, l'examen clinique et les constatations radiologiques est faible. L'endroit où la discopathie dégénérative dorsale est le plus marqué, en D9-D10, correspond à l'endroit où l'assurée n'a pas de douleurs. Le comportement douloureux de l'assurée, avec de nombreuses autolimitations concernant les mouvements de la colonne vertébrale, associées à des grimaces et des gémissements, est inconstant. Lorsque l'assurée est distraite par l'entretien, sa mobilité cervicale s'améliore. L'assurée a de la peine à se lever du siège dans la salle d'attente, alors qu'elle n'est restée assise qu'un bref moment et se lève ensuite rapidement après l'entretien, qui a duré 1 heure. Elle se plaint de fortes douleurs et sursaute même à l'effleurement cutané de la région cervicale, des 2/3 supérieurs de la région dorsale et de la région lombaire, alors qu'elle supporte la position couchée sur le dos. Ce comportement douloureux avec des incohérences ne s'explique pas par les atteintes dégénératives objectivées par les bilans radiologiques. Il y a clairement des facteurs psychosociaux qui interviennent de manière prépondérante. Ces facteurs, bien que contestés par l'assurée, sont également suggérés par le Dr T. \_\_\_\_\_ dans le RM [réd. : rapport médical] du 06.06.2018, lorsqu'il annonce des répercussions d'ordre psychologique existant en toile de fond. Un score de Waddell à 5/5, également positif lors de l'examen du Dr T. \_\_\_\_\_, lorsqu'il annonce la présence de signes de non organicité (cf. RM du 06.06.2018), ne permet donc pas d'expliquer les douleurs par un raisonnement strictement biomécanique. Le Dr T. \_\_\_\_\_ diagnostique un conflit vasculo-nerveux rétro-claviculaire d'ordre fonctionnel. Le terme fonctionnel est utilisé en médecine lorsqu'il n'y a pas de substrat organique identifiable. L'hypermobilité articulaire, mise en avant à plusieurs reprises par le Dr T. \_\_\_\_\_, n'est pas confirmée lors de l'examen de ce jour, où l'on est face plutôt à une hypomobilité, avec un score de Beighton à 0/9.

Dans le RM du 07.05.2019, le Dr X. \_\_\_\_\_ diagnostique une tendinite du moyen fessier et du pyramidal. Là aussi, les douleurs sont trop diffuses, présentes autant à la RI [réd. : rotation interne] qu'à la RE [réd. : rotation externe] de la hanche. Il s'agit aussi de douleurs non spécifiques.

Malgré l'importance des douleurs signalées par l'assurée, il persiste des ressources physiques. Elle effectue les tâches ménagères les plus légères. Elle cuisine. Elle effectue régulièrement une promenade de 30 minutes. Une fois par année, elle voyage en Grèce.

Au vu des atteintes dégénératives mises en évidence sur les clichés de la colonne vertébrale, il y a lieu de retenir les LF [réd. : limitations fonctionnelles] annoncées par le Dr T. \_\_\_\_\_ dans le RM du 23.07.2019, c'est-à-dire éviter les positions statiques longtemps maintenues, les mouvements répétitifs, les postures en porte-à-faux, mais on ne peut pas justifier une ITT [réd. : incapacité totale de travail] durable dans une activité adaptée sur le plan ostéoarticulaire.

Dans sa dernière activité d'agente de sécurité, l'assurée déclare qu'elle devait rester longtemps debout, ce qui est confirmé par l'employeur (cf. rapport de K. \_\_\_\_\_ daté du 19.09.2016 [recte :

2017]). Selon le rapport de l'employeur, l'IT a débuté le 17.06.2017. Cette IT est également annoncée par le Dr T.\_\_\_\_\_: arrêt de travail depuis juin 2016 (cf. RM Dr T.\_\_\_\_ du 06.06.2018). Sur le plan thérapeutique, la prise en charge doit correspondre à celle des syndromes douloureux chroniques. Dans le RM du 06.06.2018, le Dr T.\_\_\_\_\_ mentionne la physiothérapie, avec des exercices de mobilisation, stabilisation musculaire, endurance. Selon les déclarations de l'assurée, ces traitements ne sont malheureusement pas effectués, la physiothérapie se limitant à des formes de massages doux, traitement inefficace dans ce contexte. Les opiacés sont également déconseillés dans les rachialgies chroniques (Palexia). »

Le Dr L.\_\_\_\_\_ a motivé et étayé les diagnostics qu'il a posés, ainsi que son appréciation médicale. Il a relevé en particulier de nombreuses autolimitations et incohérences dans le comportement de la recourante, corroborées par l'index de Waddel (score le plus haut possible). Ces constats ont mené le médecin à considérer que la symptomatologie douloureuse, s'inscrivant dans un contexte psychosocial particulier, n'imposait pas d'autres restrictions fonctionnelles que celles destinées à épargner le rachis. Il a également expliqué sur quels points et pourquoi il s'écartait de l'avis du Dr T.\_\_\_\_\_, de manière convaincante.

**b)** Quoi qu'en dise la recourante, les pièces médicales qu'elle a produites, antérieurement comme postérieurement à l'examen réalisé par le Dr L.\_\_\_\_\_ ne font pas état d'éléments susceptibles de mettre en doute le bien-fondé des conclusions du SMR.

**aa)** Avant l'examen clinique du SMR, les médecins traitants de la recourante ne s'étaient pas prononcés de manière claire sur sa capacité de travail dans une activité adaptée. En effet, les Drs C.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ n'ont pas chiffré cette capacité dans leurs rapports (des 15 novembre 2017, 29 mai 2018, respectivement des 6 juin 2018 et 23 juillet 2019), pas plus que le Dr X.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 7 mai 2019. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a simplement expliqué dans son rapport du 6 juin 2018, qu'une telle appréciation était selon lui prématurée et qu'une appréciation psychologique était nécessaire. Il s'est avéré par la suite qu'il croyait, de manière manifestement erronée, que la recourante faisait l'objet d'un suivi psychiatrique par le Dr G.\_\_\_\_\_. Quoi qu'il en soit, avant l'examen clinique rhumatologique du SMR, aucun des documents

médicaux à disposition ne peuvent être qualifiées de contradictoires avec les conclusions retenues par le Dr L.\_\_\_\_\_.

**bb)** Postérieurement audit examen, la recourante a produit un rapport de la Dre C.\_\_\_\_\_, qui évaluait sa capacité de travail dans une activité adaptée à 40 % au maximum. Or, elle retenait les mêmes limitations fonctionnelles que le Dr L.\_\_\_\_\_, à l'exception du port occasionnel de charges au-delà de 5 kg, qui était à proscrire selon elle. Elle n'a pas critiqué l'appréciation médicale du Dr L.\_\_\_\_\_ ni les diagnostics posés, ni avancé d'élément objectif dont il n'aurait pas ou mal été tenu compte. Son estimation de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, à 40 % au maximum, n'est pas suffisamment étayée pour remettre en question l'évaluation du Dr L.\_\_\_\_\_. Comme l'a relevé le SMR dans son avis médical du 12 avril 2021, ce document reflète ainsi une appréciation différente d'un même état de fait, s'appuyant essentiellement sur les dires de l'assurée. Or, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de la personne assurée ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Ainsi, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement entre assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2).

Le rapport du Dr T.\_\_\_\_\_ du 13 octobre 2020, établi à la suite de l'examen du SMR, ne formule pas d'argument médical concret à l'encontre de l'appréciation du Dr L.\_\_\_\_\_. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a rappelé qu'il avait posé le diagnostic d'hypermobilité articulaire, sans avancer d'élément objectif à cet égard et alors que le Dr L.\_\_\_\_\_ l'avait précisément écarté. Il a en sus relevé la « précarité fonctionnelle manifestement sous-estimée durant son expertise » sans étayer davantage ce constat. Le Dr T.\_\_\_\_\_ s'est dit surpris de la position de l'intimé, s'agissant des propositions d'activités adaptées faites à la recourante, car le quotidien de cette dernière s'avérait déjà précaire,

même sans expectative de rendement. Il n'a cependant pas apporté d'élément médical nouveau ou motivant sa position, qui semble fondée sur ses prévisions, son expérience et des probabilités. Au demeurant, le Dr T.\_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé concrètement sur la capacité de travail de la recourante, mais il a renvoyé à l'appréciation du Dr B.\_\_\_\_\_, que la recourante ne semble pas avoir consulté. Ainsi, il ressort du rapport du Dr T.\_\_\_\_\_ qu'il a plutôt préjugé du risque d'échec de la réinsertion professionnelle de sa patiente. Or, il est tout à fait plausible qu'un assuré soit médicalement apte à exercer une activité professionnelle, sur le plan biomédical, mais qu'il n'y parvienne finalement pas, pour diverses raisons qui sortent de ce plan. L'appréciation du Dr T.\_\_\_\_\_ ne permet ainsi pas de jeter le doute sur celle du SMR, d'un point de vue médical objectif.

Cette dernière remarque s'applique également au rapport rédigé à l'issue du programme multimodal dont la recourante a bénéficié au H.\_\_\_\_\_, que les médecins concluent en écrivant qu'ils ont l'impression qu'une tentative de réinsertion de la recourante serait condamnée à l'échec en raison de l'âge de cette dernière, du degré de sa kinésiophobie (peur anticipatoire de la douleur), de son alexythymie, et de la durée de son arrêt de travail. Cette conclusion tient en effet davantage de la prédiction des chances de succès de la réinsertion que de l'appréciation biomédicale de la santé de la recourante. Au demeurant, sur le plan médical objectif, ce rapport corrobore au contraire les conclusions du Dr L.\_\_\_\_\_. En effet, l'analyse par questionnaires (*Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire*, et le sous-questionnaire orienté sur l'activité professionnelle) a montré une grande influence des peurs et attitudes évitantes liées à l'activité physique et au travail. Les médecins du H.\_\_\_\_\_ relevaient également des indices élevés de kinésiophobie, d'anxiété et la prédominance d'un profil de réponses comportementales du type évitant. Ils expliquaient de manière convaincante que par peur de se faire davantage mal avec les mouvements, la recourante protégeait la région douloureuse en bougeant par monobloc, ce qui impliquait une contraction en continu de tout sa musculature para-spinale et même cervicale. L'intensité rapportée des douleurs de la recourante était

difficilement explicable selon les médecins, qui avaient procédé à une IRM du rachis lombaire et une radiographie du rachis total, au début du mois de mars 2021. L'existence de facteurs contextuels influençait ainsi négativement les aptitudes fonctionnelles de la recourante. Par ailleurs, les médecins du H.\_\_\_\_\_ notaient que le médicament Palexia sur le long terme était un facteur de chronicisation de la douleur, et qu'il fallait procéder à son sevrage (la Dre C.\_\_\_\_\_ avait également relevé la probable dépendance aux opiacés de la recourante, dans un rapport du 31 janvier 2020). Ils proposaient en outre de faire une infiltration facettaire, traitement qui n'avait pas encore été essayé jusqu'alors. Cette analyse multimodale apporte donc des pistes de traitement pour la recourante, susceptibles d'améliorer son état de santé, soit, en outre, un renforcement musculaire, de l'acupuncture, de l'hypnose, des auto-exercices, et de la relaxation guidée, dans le but de lutter contre sa kinésiophobie marquée. Pour autant, le contenu de ce rapport n'amène aucun élément médical objectif qui aurait été ignoré par le Dr L.\_\_\_\_\_ ou qui remette en cause son appréciation s'agissant de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée et de ses limitations fonctionnelles. En revanche, les remarques détaillées des médecins du H.\_\_\_\_\_ permettent de confirmer la nécessité de tenir compte d'une diminution de rendement de 10 %, comme retenue par le Dr L.\_\_\_\_\_, afin de permettre à la recourante de se ménager des pauses pour détendre sa musculature, constamment contractée en raison de sa peur anticipatoire de la douleur.

**c)** L'argument de la recourante selon lequel sa santé se dégraderait à mesure que le temps passe et que cela influencerait négativement sa capacité de de travail dans une mesure prévisible, n'est soutenu par aucun document médical ; en particulier la Dre C.\_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcée en ce sens dans son rapport du 6 juillet 2020. Quoiqu'il en soit, la Cour de céans apprécie la légalité de la décision attaquée d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 2). Cet argument tombe donc à faux.

**d)** Ainsi, aucun avis médical probant, antérieur ou postérieur à l'examen clinique du SMR, ne vient mettre en doute, même faiblement, les constatations et conclusions du Dr L.\_\_\_\_\_, qui emportent conviction. Compte tenu de ce qui précède, le rapport d'examen du SMR remplit les réquisits jurisprudentiels précités et il peut lui être reconnu une valeur probante entière. Dès lors qu'il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions du SMR, il peut être retenu que la recourante présente une capacité de travail de 90 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, compte tenu d'une diminution de rendement de 10 %, correspondant aux pauses supplémentaires nécessaires à sa décontraction musculaire.

**8.** Sur le plan économique, la recourante argue qu'il n'existe pas d'activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, que sa capacité de travail n'a pas été traduite sur le marché du travail par un spécialiste en réinsertion, que les exemples de professions proposées par l'OAI ne seraient pas adaptés et que le calcul du degré d'invalidité ne mentionne pas la base statistique utilisée.

**a)** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

**b)** Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans

par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (consid. 8b *supra*).

L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75). Lorsqu'un assuré est capable de travailler à plein temps mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en considération dans la fixation de la capacité de travail, de sorte qu'en principe, il n'y a pas lieu d'effectuer en sus un abattement en raison des limitations fonctionnelles à l'origine de la diminution de rendement (TF 8C\_403/2017 du 25 août 2017 consid. 4.3 *in fine* et les références ; TF 9C\_378/2014 du 21 octobre 2014 consid. 4.3.3).

**c)** En l'occurrence, la recourante ne formule pas de critique précise quant au calcul du degré d'invalidité, hormis le fait que le calcul de l'OAI n'expliquerait pas quelle base statistique était utilisée. La fiche « Calcul du salaire exigible » du spécialiste en réinsertion professionnelle

de l'intimé, remplie le 23 mars 2020, détaille pourtant le calcul effectué (et mentionne l'identité du spécialiste qui a examiné le dossier de la recourante, nonobstant les allégations de cette dernière, dont on ne saisit d'ailleurs pas bien l'argument qu'elle souhaitait en tirer).

Contrôlé d'office, le calcul du degré d'invalidité peut être globalement confirmé, malgré quelques imprécisions sans effet sur le droit à la rente.

Le revenu sans invalidité de la recourante s'élève, compte tenu des informations fournies par son employeur et de l'adaptation des salaires nominaux jusqu'en 2018, moment de la naissance possible du droit à la rente (ATF 129 V 222 précité), à 57'236 fr. 76 ( $[4'746 \times 12] + 0,5 \%$ ).

Comme la recourante ne semble pas avoir repris une quelconque activité professionnelle, il convient de se référer aux salaires statistiques ESS pour fixer son revenu d'invalidé, conformément aux principes rappelés ci-dessus. Le salaire de référence de la recourante est donc de 4'371 fr. par mois (valeur centrale dans l'économie privée, tableaux TA1\_skill\_level, tous secteurs confondus, niveau de compétence 1 pour les femmes, ESS 2018). Une fois adapté à la durée hebdomadaire moyenne usuelle dans les entreprises (41,7 heures), ce salaire de référence correspond à 54'681 fr. 21 par année. Compte tenu de la diminution de rendement de 10 % retenue et confirmée ci-avant, c'est un salaire annuel de 49'213 fr. 09 qu'il sied de retenir à cette étape du raisonnement.

En ce qui concerne l'abattement, il faut souligner que les limitations fonctionnelles de la recourante ont déjà été prises en compte par le biais de la diminution de rendement de 10 % dans une activité adaptée à plein temps. La feuille de calcul du spécialiste en réinsertion mentionne encore un taux d'abattement de 10 %, sans préciser pour quel motif, et la décision attaquée retient que ce motif a trait aux limitations fonctionnelles de la recourante. Le taux d'abattement de 10 % ne prête

pas le flanc à la critique *in casu*, compte tenu d'une appréciation globale de la situation et peut être confirmé. Le revenu d'invalidé de la recourante correspond donc à 44'291 fr. 78, et la comparaison des revenus aboutit à un degré d'invalidité de 23 %.

**d)** Il faut en outre constater qu'il existe de nombreuses activités compatibles avec les limitations fonctionnelles de la recourante, dans lesquelles elle pourra mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle. L'OAI en mentionne d'ailleurs certaines dans sa feuille de calcul du 23 mars 2020, ce qui revient à la « traduction en métier » de la capacité de travail de la recourante. En effet, le recours à un centre d'observation professionnelle, que la recourante semble estimer nécessaire, ne s'impose pas de manière systématique (TF 9C\_522/2007 du 17 juin 2008 consid. 3.3.1 *in fine*). C'est le lieu de rappeler qu'au demeurant, selon la jurisprudence, les données médicales l'emportent en principe sur les observations faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle. En effet, ces observations sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée (TF 9C\_762/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.3.1, 9C\_83 et 9C\_323/2018 du 20 août 2018 consid. 4.2).

Les exemples d'activités adaptées listés par le service de réadaptation de l'intimé sont les activités d'agente de contrôle de qualité dans une chaîne de production, d'ouvrière de conditionnement de matériel léger (mise sous pli, emballage), d'ouvrière de production dans l'industrie de précision (alimentation de machines préréglées, assemblage de composants électroniques/informatiques), d'employée de service en station-service (caisse, entretien, service). À noter que la Dre C. \_\_\_\_\_ a estimé que ces activités étaient effectivement compatibles avec l'état de santé de la recourante, dans son rapport du 6 juillet 2020.

Au regard du large éventail d'activités variées, physiques ou manuelles simples que recouvrent les secteurs de la production et des services (tableau TA1\_skill\_level ESS 2018 ; TF 9C\_603/2015 consid. 8.1), un nombre suffisant d'entre elles correspondent à des travaux légers de

telle sorte qu'une déduction supplémentaire sur le salaire statistique ne se justifie pas pour tenir compte des circonstances liées au handicap de la recourante. En effet, si les limitations fonctionnelles de la recourante sont certes importantes, elles représentent des mesures relativement classiques d'épargne en vue d'éviter des douleurs du rachis. Des tâches simples apparaissent concrètement exigibles à condition qu'elle puisse interrompre régulièrement son activité et changer de position, ce que la diminution de rendement de 10 % arrêtée d'un point de vue médico-théorique, prend en compte de manière appropriée en l'espèce.

L'on peut ajouter que les différents métiers que la recourante a exercés entre 2004 et 2017 ne correspondaient pas à ses limitations fonctionnelles actuelles, pas plus que son activité pour K.\_\_\_\_\_ SA. En effet, selon le questionnaire rempli par ce dernier employeur, ses tâches comprenaient notamment la position statique debout durant 3 à 5 heures par jour, et le port occasionnel de charges de plus de 25 kg. Les activités d'auxiliaire de ménage ou d'employée d'exploitation dans un EMS ne sont vraisemblablement pas moins physiques. L'argument de la recourante selon lequel les activités listées par l'intimé ne seraient pas plus adaptées que celles qu'elle avait exercées, dont celle en dernier lieu pour K.\_\_\_\_\_ SA ne résiste ainsi pas à l'analyse. La position de la Dre C.\_\_\_\_\_ quant à la capacité de la recourante de conduire un véhicule malgré sa médication permet également d'écarter les allégations de cette dernière selon lesquelles elle ne pourrait pas se rendre sur un lieu de travail (cf. rapport du 6 juillet 2020).

**e)** Quant aux difficultés, alléguées par la recourante, d'effectuer ses tâches habituelles et ménagères, quand bien mêmes elles seraient avérées, telles que décrites par la Dre C.\_\_\_\_\_ notamment (cf. rapport du 6 juillet 2020), elles ne seraient pas déterminantes en l'espèce. En effet, la recourante a indiqué à l'OAI par formulaire du 20 septembre 2017 que sans atteinte à sa santé, elle travaillerait à 100 %, de sorte que son statut d'active ne justifie pas l'application de la méthode de calcul mixte pour les assurés qui travaillent à temps partiel et

consacrent l'autre partie de leur temps aux tâches ménagères (art. 28a al. 3 LAI).

**f)** Les facteurs dont se prévaut la recourante ne restreignent ainsi pas ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques retenues, de sorte que l'application d'un taux d'abattement supérieur à 10 %, en plus de la diminution de rendement de 10 % retenue, ne se justifie pas dans son cas.

Il sied de constater, à l'instar de l'intimé, que le degré d'invalidité de la recourante, qui s'élève à 23 %, est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité (consid. 3b *supra*).

**9. a)** Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'AI, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C\_609/2009 15 avril 2010 consid. 9.2 et la référence citée).

En sus d'être nécessaire et adéquate, une mesure de réadaptation doit en outre respecter le principe de la proportionnalité. Elle ne peut être accordée que s'il existe un équilibre raisonnable entre les frais occasionnés et le résultat escompté (ATF 124 V 108 consid. 2a et 121 V 258 consid. 2c, avec les références ; TF 9C\_290/2008 du 27 janvier 2009

consid. 2.1 ; cf. également Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 1338 ss p. 369).

**b)** En l'espèce, la recourante a requis en procédure judiciaire de pouvoir bénéficier d'une mesure d'aide au placement (art. 18 LAI). Dans son écriture du 13 avril 2021, l'intimé a reconnu son droit à une telle mesure et l'a informée qu'il lui appartenait de faire une demande écrite pour pouvoir en bénéficier. L'octroi de cette mesure n'est ainsi plus litigieux. Quant aux autres mesures de réadaptation, que la recourante semble demander dans son recours, sans grief particulier toutefois, force est de constater que l'appréciation de l'intimé ne viole pas le droit, et en particulier les principes rappelés ci-avant, lorsqu'il en ressort qu'en raison de l'âge de la recourante, de ses limitations fonctionnelles et du fait qu'elle ne dispose pas de formation qualifiante, d'autres mesures d'ordre professionnel ne sont pas envisageables pour réduire le préjudice économique. La décision attaquée peut donc être confirmée sur ce point également.

**10. a)** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**b)** En l'occurrence, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la réquisition de la recourante tendant à la mise en œuvre de « mesures d'instructions complémentaires ».

**11. a)** Au vu de ce qui précède, l'état de santé de la recourante – dont il ne s'agit au demeurant pas de minimiser le ressenti – et ses

conséquences sur sa capacité de gain, ne lui ouvrent pas le droit à une rente d'invalidité ou à des mesures de réadaptation professionnelle supplémentaires à celle d'aide au placement. L'intimé était ainsi fondé à rendre sa décision de refus du 15 juin 2020. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté.

**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'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, en application de l'art. 82a LPGA). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu l'issue du litige.

**c)** N'obtenant pas gain de cause, la recourante, bien qu'assistée d'un mandataire professionnel, ne saurait prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

**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 15 juin 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (pour Mme F. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- .Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :