

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 3 juin 2022

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente  
Mme Dormond Béguelin et M. Reinberg, assesseurs  
Greffière : Mme Toth

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

**Art. 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 LAI ; art. 88a al. 1  
RAI.**

**E n f a i t :**

**A.** Q.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], au bénéfice d'une formation de vendeuse, mariée et mère d'une enfant née en 2006, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimée) le 25 mars 2017, au motif qu'elle souffrait d'une légère discopathie L4-L5 ainsi que d'une hernie discale L5-S1. Dans ce contexte, elle a expliqué qu'elle était femme au foyer depuis la naissance de sa fille. Il ressort de l'extrait de compte individuel AVS qu'elle a exercé une activité lucrative en 2000 et une autre en 2001, lesquelles lui ont procuré un revenu annuel de 3'017 fr., respectivement 2'286 francs.

A l'appui de sa demande, l'assurée a produit les pièces suivantes :

- un rapport établi le 26 août 1991 par le Dr U.\_\_\_\_\_, radiologue, qui relevait que la tomographie axiale numérisée lombaire avait mis en évidence une volumineuse hernie discale médiane à paramédiane droite, partiellement calcifiée et luxée vers le bas en entrant en conflit avec la racine S1 droite ;

- un rapport d'IRM [imagerie par résonance magnétique] du 28 juin 2016, par lequel le Dr Z.\_\_\_\_\_, radiologue, constatait la présence d'une hernie protruse L5-S1 postéro-latérale droite en conflit avec la racine S1 droite ;

- un rapport d'IRM du 21 février 2017, par lequel le Dr V.\_\_\_\_\_, radiologue, observait une hernie discale paramédiane droite L5-S1 inchangée par rapport à l'IRM précédente du 28 juin 2016, entraînant un net rétrécissement du récessus latéral de ce côté avec raccourcissement de la racine S1 droite à la myélo-IRM, ainsi que des pédicules lombaires inférieurs relativement courts mais sans rétrécissement canalaire significatif.

Répondant le 3 avril 2017 au questionnaire de détermination du statut soumis par l'OAI, l'assurée a indiqué que, sans l'atteinte à la santé, son taux d'activité serait de 100 % depuis 1991 comme vendeuse, par nécessité financière.

Aux termes d'un rapport du 5 avril 2017 à l'OAI, le médecin traitant de l'assurée, Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'hernie discale paramédiane droite L5-S1 avec rétrécissement du récessus latéral du conduit de la racine S1 droite et de corps jaune hémorragique le 19 novembre 2016. Le médecin précité a également posé les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de gastrite en juin 2015, de pneumonie para-cardiaque gauche le 17 novembre 2014, de dysplasie du col utérin post-grossesse en 2006 et d'otite externe bilatérale le 12 février 2013. Le Dr F.\_\_\_\_\_ a exposé que sa patiente souffrait depuis de nombreux mois d'une hernie discale L5-S1 paramédiane droite, que l'antalgie droite était actuellement en diminution mais toujours présente, avec un effet bénéfique du traitement actuel, soit de la physiothérapie, de l'acupuncture et de la prise de Dafalgan 1 gr., Irfen 600 mg et Mydocalm 60 mg ; il n'y avait pas de troubles sphinctériens. Il a indiqué que l'intéressée avait été examinée le 15 février 2017 par le Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, lequel avait posé l'indication à une sanction chirurgicale. Selon lui, l'incapacité de travail était temporairement de 100 % et le pronostic était bon. Le Dr F.\_\_\_\_\_ a également fait état des limitations fonctionnelles suivantes : permettre l'alternance des positions assise et debout, éviter les positions à genoux, accroupi et les rotations en position assise/debout et pas de soulèvement de port de charges de plus de dix à quinze kilos.

Par rapport du 6 juillet 2017 à l'OAI, le Dr A.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'hernie discale L5-S1 paramédiane droite existante depuis plusieurs mois. Il a annexé à son envoi un rapport du 15 février 2017 au Dr F.\_\_\_\_\_, dans lequel il expliquait avoir proposé à la patiente une cure chirurgicale de la hernie discale L5-S1 paramédiane droite ; celle-ci souhaitait toutefois pour

l'instant temporiser, étant donné que les douleurs étaient en légère diminution. Dans ce rapport, le Dr A.\_\_\_\_\_ a relevé que l'assurée continuait ses séances de physiothérapie et qu'il restait à sa disposition si elle souhaitait bénéficier de l'intervention.

Le 6 février 2018, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, a établi un rapport à l'attention de l'OAI, dans lequel il a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'hernie discale L5-S1. Le Dr K.\_\_\_\_\_ a également relevé que l'assurée présentait des lombalgies depuis l'âge de onze ans, et un nouvel épisode sciatique depuis janvier 2017. Il a indiqué qu'elle avait subi une infiltration péridurale le 20 juillet 2017, que la médication actuelle consistait en Ibuprofen et qu'il recommandait un nouvel essai de répétition d'infiltration.

Le 8 mars 2018, l'assurée a transmis à l'OAI un rapport d'IRM du 5 mars 2018, par lequel la Dre J.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a conclu à une discopathie avec protrusion discale paramédiane droite L5-S1 et contrainte de la racine du côté droit, ainsi qu'à des troubles sciatiques avec légère attitude scoliotique sinistro-convexe et altérations dégénératives débutantes/inflammatoires de l'articulation sacro-iliaque distale du côté gauche.

Aux termes d'un rapport du 29 avril 2018 à l'OAI, le nouveau médecin traitant de l'assurée, Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a posé le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail d'hernie discale paramédiane droite « depuis 2001 ». Il a relevé que la hernie était connue depuis 2001, que personne n'avait conseillé à l'intéressée de se faire opérer et que celle-ci souffrait de douleurs chroniques. Il a indiqué qu'il avait préconisé une solution chirurgicale et que la patiente avait entretemps reçu des infiltrations scano-guidées. Selon lui, les limitations fonctionnelles consistaient en une absence de réflexes achilléens à droite, une diminution de la sensibilité L5-S1, des douleurs lombaires et sciatiques surtout à droite ainsi qu'un état de douleur chronique. A ses yeux, la capacité de travail dans l'activité

habituelle était nulle depuis toujours, l'assurée n'ayant jamais travaillé. S'agissant de la capacité de travail exigible dans une activité adaptée, le Dr B.\_\_\_\_\_ a exposé que l'assurée venait de se faire opérer et qu'il n'était par conséquent pas possible de se prononcer actuellement. Il espérait une amélioration de la capacité de travail, précisant toutefois qu'il était trop tôt pour se déterminer et que la patiente souffrait de douleurs chroniques.

Le médecin traitant a annexé à son envoi un rapport établi le 23 avril 2018 par le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie au [...] Centre hospitalier L.\_\_\_\_\_ (ci-après : le L.\_\_\_\_\_), lequel exposait que l'assurée se plaignait de douleurs dans la fesse droite et dans la face postérieure de la cuisse à droite, qui étaient assez invalidantes et difficilement supportables ; la patiente avait été très limitée en 2017, elle avait dû marcher avec des béquilles durant six mois ; la douleur était actuellement moins importante par rapport à l'année précédente, mais toujours limitante. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée avait bénéficié d'une infiltration qui avait partiellement soulagé la douleur et qu'elle avait été traitée par le passé par des molécules cortisoniques ainsi que de la physiothérapie, qui ne l'avaient soulagée que partiellement, avec une augmentation des douleurs ensuite des séances de physiothérapie. L'examen neurologique des membres inférieurs montrait une absence de réflexe achilléens droits avec un signe de Lasègue ; le reste de l'examen était normal mais révélait une diminution de la sensibilité dans le dermatome de L5 à S1 droit et les mouvements étaient limités en lombaire en raison de la douleur. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a préconisé une microdiscectomie L5-S1, à laquelle l'assurée a donné son consentement.

Poursuivant l'instruction du dossier, l'OAI a adressé une série de questions au Dr B.\_\_\_\_\_ le 11 juin 2019, auxquelles ce dernier a répondu le 29 septembre 2019. Le Dr B.\_\_\_\_\_ a ainsi indiqué que l'assurée souffrait d'une hernie discale paramédiane droite L5-S1 « depuis 2001 », opérée en 2018, et d'un syndrome de douleurs chroniques depuis longtemps, ainsi que d'une épigastralgie sur antrite pétychiale et de douleurs abdominales d'origine multi-investiguée sans résultat. Il a

expliqué que, depuis son dernier rapport du 29 avril 2018, les douleurs abdominales avaient dominé les douleurs du dos et que la patiente avait durant un certain temps à peine pu manger, sans que personne ne semble avoir trouvé l'origine du problème. S'agissant de la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle, le médecin précité a répondu que cette dernière ne lui avait jamais demandé un arrêt de travail, qu'il lui semblait qu'elle travaillait dans une entreprise familiale, mais qu'il était assez évident que son état ne lui permettait pas de travailler ; il ne pouvait en revanche pas se prononcer sur la capacité de travail de l'intéressée dans une activité adaptée, ni sur ses limitations fonctionnelles, ne l'ayant plus revue depuis le mois d'avril 2019.

Le Dr B.\_\_\_\_\_ a joint à son envoi les pièces suivantes :

- un rapport de la Dre R.\_\_\_\_\_, spécialiste en gastroentérologie, faisant suite à une endoscopie œsogastroduodénale réalisée le 27 août 2018, laquelle mettait en évidence une antrite pétychiale, le reste de l'examen étant dans la norme. Le médecin a indiqué que cet examen était rassurant et qu'il mettait en lien probable la prise d'anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) avec les symptômes de la patiente ; elle n'expliquait toutefois pas les nausées ;

- un rapport du 22 octobre 2018 au Dr B.\_\_\_\_\_, par lequel la Dre R.\_\_\_\_\_ informait celui-ci que la patiente, connue pour une hernie discale ayant conduit à la prise d'AINS après une chirurgie curatrice en 2018, consultait pour la prise en charge de nausées récurrentes survenues dans les suites de cette prise d'AINS ; elle ne rapportait pas de dysphagie, pas de vomissement, pas de météorisme, mais une inappétence associée aux nausées ; il n'existait pas de trouble du transit. Elle a relevé que le Dr B.\_\_\_\_\_ avait exclu récemment une pathologie biliaire ou gynécologique par un ultrason abdominal complet normal, qu'une colonisation à H. Pylori, une coeliaquie et une parasitose avaient été exclues et que le laboratoire récent ne montrait pas de syndrome carenciel. La Dre R.\_\_\_\_\_ a observé lors de son examen que le status clinique abdominal était strictement

normal. Elle a proposé de rechercher une insuffisance pancréatique exocrine ;

- un rapport du 5 novembre 2018 au Dr B.\_\_\_\_\_, aux termes duquel la Dre R.\_\_\_\_\_ a indiqué avoir revu l'assurée en raison de la persistance de brûlures périombilicales fixées, présentes jour et nuit, parfois insomniantes. Elle a expliqué qu'au vu des résultats du test respiratoire pratiqué par la naturopathe de la patiente, une dysbiose de type pullulation microbienne post-pylorique était suspectée. Elle a relevé que la patiente ne rapportait pas d'état fébrile, que son transit était conservé, qu'il n'y avait pas de rectorragie mais une perte pondérale d'environ six kilos ; pour ces raisons, elle a exclu une insuffisance pancréatique exocrine. A son sens la chirurgie vertébrale et la prise d'AINS récente dans ce même contexte auraient pu favoriser les douleurs présentées et la pullulation suspectée. La Dre R.\_\_\_\_\_ a prescrit à l'assurée un traitement d'épreuve de Métronidazole et lui a recommandé la pose d'une bouillote le soir sur le plexus solaire et l'ombilic, afin de soulager les symptômes, et la pratique de l'ostéopathie abdominale. Elle a également adressé l'intéressée à une diététicienne en vue de rediscuter de son équilibre alimentaire ;

- un rapport établi le 15 mars 2019 par le Dr X.\_\_\_\_\_ et le Dr O.\_\_\_\_\_, tous deux spécialistes en médecine interne générale et en gastroentérologie, par lequel ces derniers ont posé les diagnostics de « douleurs abdominales d'étiologie indéterminée, actuellement résolues DD [diagnostic différentiel] : gastrite sur AINS » et d'hernie discale L5-S1 droite traitée par discectomie le 10 avril 2018. Les médecins ont relevé que la patiente présentait depuis l'été 2018 des douleurs abdominales diffuses, en nette amélioration depuis décembre 2018, et qu'elle n'avait désormais plus aucune douleur, uniquement des brûlures sous-ombilicales pouvant être présentes jusqu'à une intensité maximale de 4/10. Les Drs X.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ ont expliqué que les symptômes avaient pu être améliorés grâce à une adaptation du comportement alimentaire, l'assurée ne mangeant plus de gluten, ni de sucre rapide, et basant son alimentation sur des légumes. Ils ont observé que les prises de sang

effectuées n'avaient pas montré de perturbation du bilan hépatique ou pancréatique en août 2018, que la formule sanguine ne montrait pas de leucocytose, que l'hémoglobine était dans la norme, que la culture des selles était également négative, que l'oesophago-gastro-duodénoscopie du 2 [recte : 27] août 2018 montrait uniquement une antrite pétychiale et que le test respiratoire au lactose du 8 janvier 2019 était négatif. Les médecins précités ont ainsi convenu de compléter le bilan par une coloscopie ; si celle-ci s'avérait normale, ils ne prévoient pas de revoir l'assurée d'emblée mais restaient à disposition en cas de récurrence des douleurs.

Par avis du 7 octobre 2019, la Dre T.\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a fait part de l'appréciation suivante :

« **Discussion :**

Assurée sans activité professionnelle depuis de nombreuses années (au foyer depuis 2006), qui présente de longue date des lombosciatalgies sur HD [hernie discale] L5-S1 s'aggravant en 2017, sans IT [incapacité de travail] attestée, elle bénéficie finalement d'une cure de HD le 10.04.2018 dont nous ne connaissons pas l'évolution, il semblerait que depuis cette intervention elle présente d'importantes douleurs abdominales (prenant le dessus des lombalgies), d'étiologie indéterminée après large bilan, mais qui étaient résolues en mars 2019.

**Conclusion :**

Nous pouvons valider l'atteinte (lombosciatalgies S1 D [droite] sur HD L5-S1 avec contrainte S1) vraisemblablement incapacitante depuis janvier 2017, elle bénéficie d'une cure de HD le 10.04.2018. A priori la CT [capacité de travail] est entière dans une activité adaptée. Nous devons déterminer l'évolution depuis et interrogeons le Dr D.\_\_\_\_\_.

Les douleurs abdominales depuis l'été 2018 d'étiologie indéterminée sont apparemment résolues depuis février 2019. »

Le 4 novembre 2019, répondant aux questions du SMR du 7 octobre 2019, le Dr M.\_\_\_\_\_, du [...] L.\_\_\_\_\_, a indiqué que l'assurée souffrait d'une hernie discale L5-S1 et que, depuis la cure du 10 avril 2018, il notait une amélioration des douleurs, ainsi que des lombosciatalgies. Selon lui, la capacité de travail dans l'activité habituelle de ménagère était totale. Il a indiqué à titre de limitation fonctionnelle

« réduction de charge sur le rachis [mot illisible] ». Il a également attesté que l'assurée avait été en incapacité de travail totale du 9 avril au 27 mai 2018 et que le traitement actuel consistait en de la physiothérapie pour le dos.

Aux termes d'un rapport SMR du 16 janvier 2020, la Dre T.\_\_\_\_\_ a retenu chez l'assurée une lombosciatalgie S1 à droite sur hernie discale L5-S1 à titre d'atteinte principale à la santé et des épigastralgies sur antrite pétychiale à titre de facteurs/diagnostics associés non du ressort de l'AI. En ce qui concernait l'activité habituelle, la médecin du SMR a retenu que la capacité de travail exigible en tant que ménagère était totale, tout comme la capacité de travail dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : « pas de soulèvement/port de charge > 15kg, permettre l'alternance des positions, éviter les positions en porte-à-faux ». La Dre T.\_\_\_\_\_ a estimé que, depuis la cure de la hernie discale le 10 avril 2018, les douleurs s'étaient améliorées. L'assurée avait visiblement présenté d'importantes douleurs abdominales ensuite de cette intervention, prenant le dessus des lombalgies, d'étiologie indéterminée après large bilan, lesquelles étaient toutefois résolues en mars 2019. En conclusion, elle a validé l'atteinte vraisemblablement incapacitante depuis janvier 2017 et estimé que l'assurée bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis juin 2018.

Le 26 janvier 2020, l'assurée a répondu à l'OAI qu'elle ne maintenait pas ses déclarations du 3 avril 2017 s'agissant de son statut, à savoir que, si elle était en bonne santé, elle travaillerait à 50 % en qualité de vendeuse.

Une évaluation économique sur le ménage a été réalisée au domicile de l'assurée le 22 juin 2020. Aux termes du rapport y relatif du 25 juin 2020, l'évaluateur a proposé de retenir le statut d'active à 50 % et de ménagère à 50 %. Il ne constatait aucun empêchement relatif à la part ménagère. En détail, l'évaluateur a noté, s'agissant de l'alimentation, que l'intéressée s'occupait sans l'aide d'une tierce personne de la préparation

et du service des repas ainsi que du nettoyage de la cuisine, en faisant des pauses si nécessaire, de sorte qu'elle ne subissait aucune limitation. En ce qui concernait l'entretien de l'appartement et la garde des animaux domestiques, l'assurée se chargeait de l'ensemble des tâches dans son appartement en séquençant les activités sur la semaine, afin de gérer ses douleurs ; l'époux se chargeait de l'entretien des plantes et de l'extérieur et de l'élimination des déchets, cette aide étant tout à fait exigible. De même, les grands achats et les démarches auprès de la poste et de la banque se faisaient avec l'aide exigible de son mari, tandis qu'elle gérait seule les achats quotidiens, sans faire état de limitation. S'agissant de la lessive et du repassage, l'intéressée était autonome, en séquençant l'activité si nécessaire, son époux l'aidant uniquement à descendre et monter le panier de linge. Enfin, en ce qui concernait les soins à sa fille, l'assurée n'a mis en avant aucune limitation. A l'occasion de cet entretien, l'assurée a en particulier expliqué à l'évaluateur qu'elle avait su s'adapter au quotidien à ses limitations, puisqu'elle avait toujours vécu avec des problèmes de dos.

Aux termes d'un compte-rendu de la permanence SMR du 30 septembre 2020, la Dre T. \_\_\_\_\_ a retenu que l'activité de vendeuse était praticable à 100 %, à condition de respecter les limitations fonctionnelles, et que l'incapacité de travail était totale au moment de l'ouverture du droit à la rente. Elle a confirmé que la date de réadaptation était au mois de juin 2018.

Le 12 février 2021, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision prévoyant l'octroi d'une demi-rente (degré d'invalidité de 50 %) du 1<sup>er</sup> janvier 2018 au 31 août 2018. Il a exposé que, sans l'atteinte à la santé, l'assurée exercerait une activité lucrative à 50 %, les 50 % restants correspondant aux travaux habituels dans la tenue du ménage. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, date à partir de laquelle était fixé le délai d'attente d'une année, la capacité de travail de l'assurée était restreinte. A la fin du délai d'attente, soit le 1<sup>er</sup> janvier 2018, l'assurée présentait toujours une incapacité de travail de 100 % dans toute activité professionnelle, mais aucun empêchement lié à la part ménagère. Partant, l'empêchement de

100 % lié au statut d'active de 50 % représentait un degré d'invalidité de 50 %, ouvrant le droit à une demi-rente. L'OAI a également relevé que, dès le 1<sup>er</sup> juin 2018, une pleine capacité de travail pouvait être raisonnablement exigée en respectant les limitations fonctionnelles (pas de soulèvement/port de charge de plus de quinze kilos, permettre l'alternance des positions, éviter les positions en porte-à-faux) ; on pouvait exiger de l'assurée qu'elle exerce un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement ; une activité comme opératrice sur machines conventionnelles (perçage, fraisage, taraudage et autres) était également envisageable. Sur le plan économique, l'OAI a estimé le revenu avec et sans invalidité sur la base des données salariales de l'Office fédéral de la statistique. Il a fixé le revenu sans invalidité à 54'681 fr. 21, en se basant sur le salaire pour une femme en 2018 dans une activité de niveau de compétence 1. Quant au revenu avec invalidité, il a retenu le même salaire, auquel il a appliqué un abattement de 5 % compte tenu des limitations fonctionnelles, de sorte que ledit revenu s'élevait à 51'947 fr. 15. L'OAI a ainsi constaté que l'intéressée présentait un degré d'invalidité total de 2,5 %, inférieur à 40 %, de sorte que le droit à une rente n'était plus ouvert. Il a relevé que le droit à la demi-rente s'éteignait le 31 août 2018, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé, conformément à l'art. 88 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201).

Le 16 février 2021, l'assurée a contesté le projet de décision susmentionné, estimant que son état de santé ne s'était pas amélioré. Elle a soutenu que l'opération l'avait aidée à marcher, mais que les douleurs étaient toujours présentes dans le dos et la jambe et que son nerf était abimé. Elle a invoqué des difficultés à pousser un chariot à commission, marcher longtemps, rester debout ou assise longtemps, nettoyer son four et effectuer les activités ménagères, qu'elle devait séquencer sur la journée pour éviter les douleurs. L'intéressée a indiqué qu'elle effectuait toujours de la physiothérapie, qu'elle prenait des anti-douleurs et que son médecin lui avait dit qu'elle aurait mal toute sa vie. Selon elle, ses

douleurs étaient tellement fortes qu'elles l'empêchaient de reprendre une activité professionnelle.

Le 15 mars 2021, l'assurée a transmis à l'OAI un rapport daté du même jour, par lequel le Dr B.\_\_\_\_\_ relevait que cette dernière souffrait de douleurs récurrentes au niveau lombaire et sciatique droit depuis de longues années. Il estimait que le fait d'avoir laissé souffrir sa patiente durant des années avait provoqué une phase de « chronification de la douleur » préexistante à l'opération. Selon lui, l'opération lui avait apporté une légère amélioration au niveau des douleurs, malheureusement seulement transitoire, et l'intéressée souffrait encore d'importantes attaques de douleurs qui réagissaient parfois sur un traitement cortisoné. Depuis l'opération, cette dernière pouvait marcher, même si la force dans ses jambes restait limitée. Ainsi, aux yeux du médecin traitant, on était loin d'une normalisation de l'état de santé et lui semblait bien probable que celle-ci n'aurait pas lieu, car les nerfs comprimés ne se régénéraient malheureusement pas.

Par avis SMR du 30 mars 2021, la Dre T.\_\_\_\_\_ a fait état de ce qui suit :

« **Discussion :**

Cette assurée [...] de [...] ans, vendeuse de formation, est au foyer depuis la naissance de sa fille en 2006. Elle présenterait de très longue date des lombosciatalgies, qui expliquent selon elle son interruption professionnelle il y a de ça de nombreuses années, mais ne dépose sa 1ère demande AI qu'en 2017 où une exacerbation de ses lombosciatalgies est relevée aboutissant finalement à la nécessité d'une cure chirurgicale d'hernie discale L5-S1 le 10.04.2018. L'évolution est décrite depuis lors comme satisfaisante, avec validation de la récupération d'une pleine CT sur le plan neurochirurgical dans une activité adaptée (RM [rapport médical] 4.11.2019). Une évaluation ménagère le 25.06.2020 conclut à l'absence d'invalidité sur le plan ménager (peut gérer toutes les tâches à son rythme), elle transmet à l'évaluatrice que malgré l'intervention elle garde des douleurs lors d'effort physique, de mouvements en porte-à-faux du dos, de port de charge ou encore lors de position statique soutenue, ce qui a effectivement été retenu comme LF [limitations fonctionnelles]. C'est seulement à la suite du projet de décision du 12.02.2021 que son médecin traitant relève que l'amélioration après chirurgie n'a été que transitoire et partielle, il ne décrit pas le status, n'évalue pas la CT mais conclut que l'état de santé ne s'est pas normalisé, sans proposer de suite

thérapeutique (pas d'antalgie quotidienne décrite, pas de nouvel avis neurochirurgical, de concilium rhumatologique, avis en centre d'antalgie, de prise en charge en réhabilitation et physiothérapie...) ce qui n'est pas cohérent avec une assurée qui serait totalement limitée.

**Conclusion :**

Les lombosciatalgies ont été admises comme chroniques. La prise en charge chirurgicale a été nécessaire dans le contexte d'une exacerbation de celles-ci, mais n'a pas permis un amendement total des douleurs, ce qui n'est pas surprenant dans le contexte de chronicité.

Pour cela des LF ont été reconnues et la CT devrait être entière si elles sont respectées. Le RM du 15.03.2021 ne permet pas, de manière vraisemblable, de contester cela. »

Dans un courrier du 1<sup>er</sup> avril 2021 à l'assurée, faisant partie intégrante de la décision à intervenir, l'OAI a expliqué que les arguments de cette dernière ainsi que le rapport du Dr B.\_\_\_\_\_ avaient été examinés et que, selon les renseignements en sa possession, les lombosciatalgies chroniques avaient été reconnues, mais que l'assurée avait récupéré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles liées aux lombosciatalgies. Ainsi, l'office a estimé que la contestation de l'assurée n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bienfondé de sa position, que le projet de décision reposait sur une instruction complète sur le plan médical et économique et était conforme en tous points aux dispositions légales, de sorte que ce dernier devait être entièrement confirmé.

Par décision du 10 juin 2021, l'OAI a fixé le montant mensuel de la demi-rente d'invalidité, assortie d'une rente pour enfant, à 806 fr. pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 août 2018, en reprenant la motivation développée dans son projet de décision.

**B.** Par acte daté du 6 juillet 2021 et envoyé le 7 juillet suivant, Q.\_\_\_\_\_ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant implicitement à son annulation. En substance, elle fait valoir que son état de santé ne lui permet pas de reprendre une activité professionnelle. Elle indique qu'elle souffre d'importantes douleurs dans le dos et la jambe droite depuis 2017,

et que, depuis l'opération en 2018, elle peut à nouveau marcher mais que les douleurs sont toujours présentes, surtout en période de crise. Elle explique ne pas pouvoir marcher longtemps, ni rester assise ou debout longtemps. De même, elle éprouverait des difficultés à pousser un chariot de commissions ou nettoyer son four, car les douleurs seraient ensuite si fortes qu'elle devrait prendre de la cortisone. Elle soutient ainsi qu'il lui faudrait une semaine pour se remettre d'un jour de travail et que personne ne voudrait l'employer. Elle ajoute qu'elle effectue de la physiothérapie depuis plusieurs mois pour essayer de diminuer les douleurs. En outre, la recourante invoque que l'intimé ne pouvait prendre une décision sans l'avoir vue. Elle expose que seul un ergothérapeute était venu chez elle pour analyser ses capacités à tenir le ménage, mais que la tenue du ménage n'était pas comparable à l'exercice d'une activité professionnelle, puisqu'elle pouvait effectuer les tâches ménagères grâce à des pauses régulières. Pour étayer ses dires, la recourante a produit le rapport du 15 mars 2021 du Dr B. \_\_\_\_\_, ainsi que les divers rapports d'IRM déjà présents au dossier.

Par réponse du 29 septembre 2021, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il soutient qu'il n'existe aucune obligation de sa part de soumettre l'assurée à un examen médical au sein de ses locaux et que les pièces au dossier lui permettaient de se forger une opinion sur les capacités de l'assurée, de sorte que la mise en œuvre d'un examen clinique ou d'une expertise n'était pas justifiée. Pour le surplus, il renvoie à la décision litigieuse et au courrier explicatif du 1<sup>er</sup> avril 2021.

Par réplique déposée le 5 novembre 2021, la recourante a fait valoir qu'elle n'était pas bien psychologiquement et n'avait plus rien envie de faire, compte tenu de récents événements dans sa vie conjugale. Elle a en outre maintenu avoir mal au dos et n'être capable de soulever que trois kilos, et non quinze, comme le retenait l'intimé.

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

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

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

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité au-delà du 31 août 2018.

**3.** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 10 juin 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**4. 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). 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps elle aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu qui aurait

pu être obtenu de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par la personne assurée à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part du temps consacrée à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

**c)** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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 [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

**d)** Pour 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).

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\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**5.** En l'espèce, la recourante ne conteste pas l'appréciation de l'OAI s'agissant de son statut mixte (ménagère à 50 % et active à 50 %), ni le fait qu'elle ne présente pas d'incapacité dans l'activité ménagère. En

l'absence de tout grief sur ces points, il n'y a pas lieu d'y revenir plus avant.

S'agissant de la part active, il est admis que la recourante s'est retrouvée en incapacité de travail totale à compter du mois de janvier 2017. Celle-ci conteste en revanche avoir retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 1<sup>er</sup> juin 2018, comme l'a retenu l'OAI en se basant essentiellement sur l'avis de la médecin du SMR.

**a)** Dans un premier grief, la recourante semble soutenir que l'intimé ne pouvait prendre de décision sur son sort sans qu'un médecin du SMR ne procède à un examen clinique.

Les SMR évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode appliquée dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'OFAS (art. 49 al. 1 RAI). Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve

; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C\_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

Ainsi, contrairement à ce que soutient la recourante, un assuré n'a pas un droit absolu à être examiné par les médecins du SMR et ces derniers sont habilités à donner leur avis sur la base des pièces au dossier, comme cela est le cas en l'espèce, s'ils estiment qu'elles suffisent pour se prononcer en toute connaissance de cause sur l'état de santé de l'assuré et les conséquences de celui-ci sur la capacité de travail de l'intéressé. Sur le principe, l'absence d'un examen clinique par le SMR ne suffit ainsi pas, en soi, à remettre en cause son appréciation de la situation médicale.

**b)** Dans un autre moyen, la recourante fait valoir que son état de santé ne lui permet pas de travailler. Elle soutient, d'une part, que les douleurs dont elle souffre au dos et à la jambe droite l'empêchent de marcher longtemps, de rester debout ou assise trop longtemps et qu'elle est incapable de faire certaines tâches, comme pousser un chariot de commission, nettoyer son four ou ses fenêtres, sans ressentir ensuite des douleurs durant plusieurs semaines. Dans ces conditions, elle estime être incapable de travailler et soutient qu'aucun employeur ne l'engagerait. Elle produit à l'appui de ses allégations un rapport établi le 15 mars 2021 par son médecin traitant. La recourante invoque, d'autre part, un mal-être psychologique lié à de récents événements survenus dans sa vie conjugale, qui lui ôterait l'envie de faire quoi que ce soit.

**aa)** S'agissant tout d'abord du mal-être psychologique allégué par l'assurée, en l'absence d'éléments médicaux attestant une atteinte à la santé psychologique l'empêchant durablement de travailler, ce fait ne peut être retenu comme établi et il ne peut en être tenu compte dans le cadre du présent litige.

**bb)** En ce qui concerne les douleurs dans le dos et la jambe dont se prévaut l'assurée, il est établi que cette dernière souffre de

lombalgies depuis 1991, date à laquelle une hernie discale médiane à paramédiane droite entrant en conflit avec la racine S1 droite a été diagnostiquée (cf. rapport d'IRM du 26 août 1991 du Dr U.\_\_\_\_\_, et rapport du 6 février 2018 du Dr K.\_\_\_\_\_), et qu'elle a présenté un nouvel épisode sciatique depuis janvier 2017 (cf. rapport précité du Dr K.\_\_\_\_). Les médecins consultés entre 2017 et début 2018, en particulier les Drs F.\_\_\_\_\_, A.\_\_\_\_\_, K.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, s'accordent sur le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de hernie discale L5-S1 paramédiane droite, ce qui ressort notamment de l'IRM réalisée le 21 février 2017 par le Dr V.\_\_\_\_\_. L'intéressée a souffert de douleurs « assez invalidantes et difficilement supportables » dans la fesse droite et la face postérieure de la cuisse droite, à tel point qu'elle a dû marcher avec des béquilles durant à tout le moins six mois. Elle a bénéficié d'une infiltration périurale le 20 juillet 2017, qui a partiellement soulagé les douleurs. Celles-ci étant moins importantes mais toujours limitantes, il a été procédé à une microdiscectomie L5-S1 le 10 avril 2018 (cf. rapport du 23 avril 2018 du Dr D.\_\_\_\_\_ et rapport du 15 mars 2019 des Drs X.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_) ce qui a permis d'améliorer les douleurs (cf. rapport du 4 novembre 2019 du Dr M.\_\_\_\_\_).

Dans son rapport du 5 avril 2017, le Dr F.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail temporaire de 100 %, ajoutant que le pronostic était bon. Il a également fait état des limitations fonctionnelles suivantes : permettre l'alternance des positions assise et debout, éviter les positions à genoux, accroupi et les rotations en position assise/debout et pas de soulèvement de port de charges de plus de dix à quinze kilos. Le 29 avril 2018, le Dr B.\_\_\_\_\_ a relevé que les limitations fonctionnelles consistaient en une absence de réflexes achilléens à droite, une diminution de la sensibilité L5-S1, des douleurs lombaires et sciatiques surtout à droite ainsi qu'un état de douleur chronique. En ce qui concerne la capacité de travail exigible dans l'activité adaptée, il a indiqué qu'il ne pouvait se prononcer en l'état, l'assurée venant de se faire opérer. De même, le 29 septembre 2019, le médecin traitant a expliqué ne pas pouvoir se prononcer sur les limitations fonctionnelles ni sur la capacité de travail dans une activité adaptée, n'ayant plus revu sa patiente depuis le

mois d'avril 2019. Par rapport du 4 novembre 2019, le Dr M.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail totale du 9 avril au 27 mai 2018 et une complète capacité de travail dans son activité habituelle depuis lors. Il a fait état à titre de limitations fonctionnelles d'une réduction de charge sur le rachis et indiqué que le traitement actuel consistait en de la physiothérapie.

Sur cette base, la Dre T.\_\_\_\_\_, du SMR, a retenu que la recourante souffrait d'une atteinte invalidante depuis janvier 2017, savoir une lombosciatalgie S1 à droite sur hernie discale L5-S1, mais qu'elle bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis juin 2018, les limitations fonctionnelles étant les suivantes : pas de soulèvement/port de charge de plus de quinze kilos, permettre l'alternance des positions, éviter les positions en porte-à-faux (cf. rapport SMR du 16 janvier 2020).

Aux termes de son rapport du 15 mars 2021, le médecin traitant relève que l'opération a apporté à sa patiente une légère amélioration au niveau des douleurs, malheureusement seulement transitoire, et que celle-ci souffre encore d'importantes attaques de douleurs, réagissant parfois à un traitement cortisoné. D'après lui, depuis l'opération, la recourante peut à nouveau marcher, même si la force dans ses jambes reste limitée, mais on est loin d'une normalisation de l'état de santé, celle-ci semblant d'ailleurs peu probable car les nerfs comprimés ne se régénèrent pas. Le Dr B.\_\_\_\_\_ ne motive toutefois pas les raisons pour lesquelles il retient que l'amélioration au niveau des douleurs n'aurait été que temporaire. En outre, il ne fait pas état de limitations fonctionnelles plus restrictives que celles retenues par l'OAI et ne se prononce pas sur la capacité de travail exigible de sa patiente dans une activité adaptée. En particulier, il n'explique pas en quoi les douleurs présentées par l'intéressée conduiraient à une solution différente concernant le droit à une rente d'invalidité, singulièrement en quoi elles impliqueraient des limitations fonctionnelles plus importantes ou diminueraient dans une plus large mesure la capacité résiduelle de travail. Il y a encore lieu de soulever que la notion de « normalisation de l'état de

santé » évoquée par le médecin n'est pas relevante dans le cas d'espèce, la seule question véritablement pertinente étant la capacité de travail résiduelle de l'assurée dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Ainsi, la recourante ne saurait se prévaloir du rapport de son médecin traitant pour mettre en doute le bienfondé des conclusions de la Dre T.\_\_\_\_\_.

Par ailleurs, aucun élément médical au dossier ne vient contredire les conclusions de la Dre T.\_\_\_\_\_ ; en particulier, aucun avis médical ne fait état d'une incapacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles au-delà du 27 mai 2018. De surcroît, l'appréciation de la médecin du SMR est fondée sur une analyse complète des pièces mises à disposition. Elle est bien expliquée et les conclusions médicales sont motivées de manière cohérente et convaincante. Il y a par conséquent lieu d'admettre que celles-ci répondent aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante.

Les seules allégations de la recourante selon lesquelles elle souffrirait d'importantes douleurs après avoir effectué certaines tâches ménagères et qu'elle ne serait pas capable de soulever plus de trois kilos ne sont pas suffisantes pour remettre en cause l'appréciation de la Dre T.\_\_\_\_\_. Du reste, on précisera que les douleurs mentionnées par l'intéressée ont bel et bien été admises par la médecin du SMR, qui a retenu des limitations fonctionnelles correspondant à celles dont l'assurée avait fait état à l'occasion de l'évaluation économique sur le ménage (port de charge limité, éviter porte-à-faux du dos, besoin d'alternance des positions, éviter les mouvements répétitifs du dos, douleurs variables selon effort produit avec irradiation au niveau de la jambe droite [cf. rapport d'évaluation économique sur le ménage du 25 juin 2020, p. 2]). L'activité adaptée exigible a ainsi précisément pour but de respecter ces limitations fonctionnelles et, ainsi, d'éviter de causer des douleurs à l'assuré en ménageant en particulier son dos.

**cc)** On ajoutera à toutes fins utiles, même si la recourante ne semble pas le contester, que les douleurs abdominales dont celle-ci a

souffert ensuite de son opération et jusqu'en mars 2019, vraisemblablement liée à la prise d'AINS, étaient d'une gravité toute relative et n'ont pas entraîné d'incapacité de travail. En effet, les rapports des médecins gastroentérologues font état d'une inappétence associée à des nausées, ainsi que de brûlures périombilicales et sous-ombilicales récurrentes, lesquelles ont pu être améliorées grâce à un régime alimentaire modifié ; aucune incapacité de travail n'a été attestée. Du reste, les nombreux examens réalisés sont revenus dans la norme, ce qui était rassurant aux dires des médecins (cf. rapports des 27 août, 22 octobre et 5 novembre 2018 de la Dre R. \_\_\_\_\_ et rapport du 15 mars 2019 des Drs X. \_\_\_\_\_ et O. \_\_\_\_\_). Partant, comme le retient la médecin du SMR, il ne peut être tenu compte de cette atteinte à la santé dans le cadre de l'examen du droit à une rente d'invalidité.

**dd)** Compte tenu de ce qui précède, l'OAI était légitimé à se fonder sur le rapport SMR de la Dre T. \_\_\_\_\_ et, ainsi, à reconnaître à l'assurée une capacité de travail entière dans une activité adaptée à compter du mois de juin 2018.

**6.** Pour le surplus, le calcul du taux d'invalidité n'est pas contesté. Vérifié d'office, il peut être confirmé. Aussi, compte tenu d'un degré d'invalidité de 2,5 % à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2018 (soit trois mois après l'amélioration survenue en juin 2018 [cf. art. 88a al. 1 RAI]), c'est à juste titre que l'intimé a refusé l'octroi de toute rente au-delà du 31 août 2018, le seuil de 40% ouvrant le droit à cette prestation n'étant depuis lors pas atteint.

**7. a)** En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** 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). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 10 juin 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de Q.\_\_\_\_\_.
- 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 :

- Q.\_\_\_\_\_,
- 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 :