

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 août 2024

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Dormond Béguelin et M. Perreten, assesseurs
Greffier : M. Varidel

Cause pendante entre :

J._____, à [...], recourante, représentée par Me Monica Mitrea, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8, 61 let. c LPGA ; 4 et 28 al. 1 LAI.

E n f a i t :

A. J._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], ressortissante [...], divorcée, mère de deux enfants majeurs, sans formation certifiée, a travaillé en tant qu'agente de propreté à 100 % pour l'entreprise C._____ Sàrl, à [...], depuis le 16 septembre 2019. Dès le 27 juillet 2021, elle a présenté une incapacité de travail totale.

Selon un rapport du 29 juillet 2021 du Dr L._____, spécialiste en médecine nucléaire et radiologie, l'IRM (imagerie par résonance magnétique) lombaire de l'assurée avait mis en évidence une ostéosynthèse par vis transpédiculaires et tige en L5-S1, une cage intersomatique L5-S1, un aspect dessiqué protrusif des disques en L4-L5 et L5-S1 sans nette composante herniaire, ainsi qu'un canal lombaire rétréci sévère de grade C en L4-L5.

Le 13 septembre 2021, le Dr Q._____, spécialiste en neurochirurgie, a exposé que la patiente avait été opérée en 2010 en [...] d'une stabilisation et fusion par voie postérieure L5-S1 avec mise en place d'une cage intersomatique, qui lui avait permis de bénéficier jusqu'à présent d'une bonne amélioration de la symptomatologie douloureuse. L'apparition brutale d'une radiculopathie L5 droite en relation avec une décompensation du canal spinal en L4-L5 par un kyste articulaire postérieur avait réduit l'espace à disposition des structures nerveuses au niveau du segment sus-jacent de la précédente stabilisation L5-S1. L'IRM réalisée en juillet 2021 avait permis de confirmer la présence d'un kyste articulaire et un rétrécissement secondaire du canal spinal avec une dégénérescence du disque L4-L5. Le neurochirurgien estimait que la situation nécessitait une réintervention avec une prolongation de la stabilisation L5-S1. Selon lui, il n'y avait pas d'autre alternative à ce geste chirurgical qui permettrait raisonnablement à la patiente de reprendre ses activités précédentes à cet épisode douloureux.

Le Dr Q._____ a opéré l'assurée le 27 octobre 2021. Il a procédé à une décompression L4-L5, une révision du montage L5-S1 et

une prolongation de la stabilisation en L4-L5. Le protocole opératoire daté du même jour fait en outre état des diagnostics de discopathie sévère L4-L5, sténose canalaire, kyste épidual L4-L5 et status post-stabilisation L5-S1.

Le 16 mars 2022, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant quant au genre de l'atteinte « canal lombaire étroit », existant depuis juillet 2021, en précisant avoir été en incapacité de travail à 100 % du 27 juillet 2021 au 24 janvier 2022, puis à 70 % du 26 janvier au 31 mars 2022.

Dans son rapport à l'OAI du 17 mai 2022, l'employeur a indiqué que l'assurée travaillait à 50 % depuis le 1^{er} avril 2022 et qu'elle bénéficiait d'indemnités journalières de l'assurance perte de gain maladie (APG).

Des mesures d'intervention précoce externalisées avec suivi de reprise ont été mises en œuvre dès le 10 mai 2022 auprès de [...].

Selon une attestation médicale du 30 mai 2022 du Dr Q._____ à l'attention de [...], la capacité de travail de l'assurée était de 50 % dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : « pas de charges supérieures à 10 kg, pas de mouvements de rotation du tronc, pas de position assise ou debout pour plus que 30 minutes ». Selon ce spécialiste, l'évolution probable de l'état de santé de l'assurée était « favorable avec potentiel d'amélioration ultérieure ».

Un CT Scan (Computed Tomography) de la colonne lombaire a été réalisé le 30 mai 2022. Le rapport du même jour du Dr B._____, spécialiste en radiologie, fait état de ce qui suit :

« [...]

Description

Status post-stabilisation L4-S1. Au niveau L4-L5, des vis de spondylodèse intactes sans résorption évidente. Pas de fusion osseuse facettaire postérieure certaine.

En L5-S1, une cage intersomatique en place. Fusion osseuse intersomatique effective tant au niveau postérieur qu'intervertébral. A noter une résorption au pourtour de la vis S1 droite, celle-ci venant s'appuyer sur les vaisseaux iliaques. Pas de rétrécissement canalaire ni foraminal au niveau des segments spondylodésés.

L'état épi-fusionnel avec une arthrose postérieure bilatérale. Pas de pincement intersomatique ni de pathologie herniaire. Les murs postérieurs des corps vertébraux sont alignés.

[...] »

Selon un rapport du 11 octobre 2022 de [...] relatif aux mesures d'intervention précoce externalisées avec suivi de reprise du 10 mai au 4 octobre 2022, l'assurée avait vécu une amélioration de son état de santé psychologique depuis le début de la mesure. Les douleurs au niveau du bas du dos étaient toujours présentes et l'empêchaient d'augmenter son taux d'activité. L'intéressée, qui avait essayé d'effectuer des journées entières de travail, n'y était pas parvenue en raison des douleurs. Elle n'avait donc pas été en mesure de retrouver son taux d'activité habituel. Dès septembre 2022, un suivi d'ergothérapie et physiothérapie avait été mis en place dans le but de l'aider à se renforcer au niveau musculaire et trouver des stratégies pour accomplir ses activités. Il était relevé la grande motivation de l'intéressée à rester active professionnellement. Son potentiel de maintien en emploi était évalué comme bon, étant précisé que son employeur avait procédé à des adaptations de son poste de travail, celle-ci ne s'occupant désormais plus des nettoyages sur les chantiers, mais seulement de conciergerie et de nettoyages chez des privés.

Selon un document de l'OAI du 9 novembre 2022 intitulé « IP - proposition de DDP », présentant les conclusions des mesures d'intervention précoce, d'autres mesures dans ce cadre ne se justifiaient pas et il y avait lieu de clarifier la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de l'assurée.

Par communication du 11 novembre 2022, l'OAI a informé l'assurée qu'il n'y avait en l'état pas lieu de mettre en place d'autres mesures d'intervention précoce, que des mesures de réadaptation d'ordre

professionnel n'étaient pour l'heure pas envisageables et que l'instruction de sa demande se poursuivait afin de pouvoir se déterminer sur son droit à des prestations.

Dans un rapport du 8 décembre 2022 à l'OAI, le Dr Q._____, se référant à ses précédents rapports, a fait état des diagnostics de discopathie sévère L4-L5, sténose canalaire, kyste épidual L4-L5 et status post-stabilisation L5-S1. Selon ce spécialiste, la capacité de travail de l'assurée était de 50 % dès le 7 décembre 2022 dans une activité adaptée. Il a expliqué que l'assurée présentait des lombalgies qui s'aggravaient surtout après les exercices du programme d'ergothérapie du rachis et de physiothérapie, dont certains - avec soulèvement de poids de 10 kg - lui avaient semblé inadéquats. Il suggérait que l'assurée puisse effectuer des mouvements ergonomiques compatibles avec une situation de stabilisation et fusion sur deux niveaux et recommandait de continuer la pratique quotidienne de la marche. Il a exposé que l'opération de décompression réalisée en 2021 avait permis un soulagement important de la symptomatologie douloureuse dans le membre inférieur et que, actuellement, ses douleurs lombaires prédominantes étaient dues en grande partie à l'atrophie musculaire et aux séquelles de l'intervention. Pour le Dr Q._____, il n'y avait dès lors plus grand-chose à offrir à l'assurée du point de vue strictement chirurgical spinal. Il estimait qu'un compromis devrait être trouvé avec l'assurance-invalidité quant à la reprise de son activité de technicienne de surface. Le chirurgien a encore expliqué que les douleurs lombaires persistantes étaient exacerbées par l'activité professionnelle de l'assurée. Un point précis responsable des douleurs lombaires était difficile à identifier mais il estimait probable que la patiente puisse présenter une décompensation articulaire L3-L4, à savoir une maladie du segment adjacent. Selon le Dr Q._____, l'assurée présentait une décompensation des facettes articulaires au niveau sus-jacent, bien qu'aucune complication des interventions chirurgicales - réalisées en [...], puis par ses soins - n'ait été mise en évidence. Enfin, il a précisé que si la symptomatologie devait revenir, il pourrait procéder à de nouvelles infiltrations ou éventuellement à une thermocoagulation des facettes articulaires.

Le 10 mars 2023, V. _____ SA, assureur perte de gain de l'employeur C. _____ Sàrl, a fait savoir à l'assurée qu'après étude de l'ensemble du dossier par son service médical, il considérait que l'incapacité de travail de 50 % dans l'activité professionnelle actuelle était durable, mais qu'à compter du même jour, une capacité de travail de 100 % était envisageable dans un délai adapté et aux conditions suivantes :

- « - pour une activité non-physique, assise, avec possibilité de se lever toutes les 30 minutes
- pour une activité sans travail en antéflexion ou rotation dorsolombaire répétitive
- pour une activité sans port de charge de plus de 5 kg - 7 kg répétitivement. »

L'assureur perte de gain a en outre annoncé qu'il mettrait un terme à ses indemnités journalières dès le 12 juin 2023 sauf avis contraire dûment motivé du médecin traitant.

Dans un compte-rendu de la cellule d'échange SMR (service médical régional de l'assurance-invalidité) du 14 mars 2023, l'OAI a considéré, en se basant notamment sur la position de l'assureur perte de gain, que les limitations fonctionnelles de l'assurée ne semblaient pas suffisamment importantes pour justifier une capacité de travail limitée à 50 % dans une activité adaptée. Il a estimé que la capacité de travail était de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée dès le 1^{er} avril 2022 en tenant compte des limitations fonctionnelles suivantes : une activité non-physique, assise, avec possibilité de se lever toutes les 30 minutes, sans travail en antéflexion ou rotation dorsolombaire répétitive, sans port de charge de plus de 5 kg - 7 kg répétitivement.

Selon les documents intitulés « REA - Rapport final » et « calcul du degré d'invalidité » établis le 24 mars 2023 par l'OAI, le revenu sans invalidité de l'assurée était fixé à 57'090 fr. 50 sur la base du revenu réalisé en 2021 selon le rapport de l'employeur et après indexation à

2022. Quant à son revenu avec invalidité, il était arrêté à 54'147 fr. 54 sur la base de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2020 (niveau de compétence 1 « autre activités de services »), indexé à 2022. Le droit de l'assurée à des mesures d'orientations professionnelles n'était pas ouvert, mais une aide au placement sous la forme d'une séance d'information lui était proposée.

Dans un projet de décision du 3 avril 2023, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui refuser le droit à des prestations de l'assurance-invalidité en l'absence d'un préjudice économique suffisant. Il a retenu que l'assurée avait présenté une incapacité de travail ininterrompue depuis le 27 juillet 2021, mais qu'à l'échéance du délai d'attente d'un an, une capacité de travail était exigible à 50 % dans l'activité habituelle et à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité sans port de charges supérieures à 10 kg, sans mouvements de rotation du tronc et sans position assise ou debout prolongées. L'OAI mentionnait, à titre d'activité adaptée, un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple au montage, au contrôle ou à la surveillance d'un processus de production, ou comme ouvrière dans le conditionnement. Après comparaison du revenu auquel elle aurait pu prétendre si elle avait continué à exercer son activité habituelle d'agente de propreté, soit 57'090 fr. 50, avec le salaire de référence auquel pouvaient prétendre les femmes dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services selon l'ESS, à savoir 54'148 fr. 54, l'OAI a constaté que le préjudice économique subi par l'assurée s'élevait à 2'942 fr. 96, correspondant à un taux d'invalidité de 5.15 %, insuffisant pour donner droit à une rente d'invalidité. En outre, le droit à des mesures professionnelles lui était nié, faute d'un manque à gagner durable atteignant au moins 20 % malgré l'exercice d'une activité raisonnablement exigible ne nécessitant pas de formation particulière.

Par décision du 1^{er} juin 2023, l'OAI a maintenu son projet de décision.

Par courrier du 21 juin 2023 adressé à l'OAI, l'assurée, désormais représentée par Me Monica Mitrea, a requis la reconsidération de la décision et à ce que l'assistance judiciaire gratuite lui soit accordée. Elle a joint à son envoi un rapport du 13 juin 2023 du Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie en [...], qui avait opéré l'assurée en 2010, selon lequel elle ne devait pas porter des charges supérieures à 4 ou 5 kg et limiter les efforts, ainsi que les positions debout et les marches prolongées. Était également joint un rapport du 15 juin 2023 du Dr Q._____ à l'assurance-chômage qui indiquait que l'intervention réalisée et l'évolution de la maladie ne permettaient pas à la patiente de reprendre une activité à plus de 50 % et lui recommandait d'« éviter de soulever les poids [supérieurs à] 10 kg et moins de 30 minutes en position debout ou assise prolongée ».

B. Par acte du 3 juillet 2023, J._____, toujours représentée par Me Monica Mitrea, a recouru contre la décision rendue le 1^{er} juin 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité lui soit octroyée, subsidiairement à l'octroi de mesures de reconversion et, plus subsidiairement, à l'annulation et renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision. En substance, elle a fait valoir qu'il lui était très difficile de trouver un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles à 50 %, compte tenu de ses douleurs et d'une décompensation sur le plan psychiatrique. Elle a pour le reste remis en cause la capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle d'agente de propreté. A ses yeux, l'appréciation du Dr Q._____ n'était pas probante, estimant qu'une expertise aurait dû être mise en œuvre.

Dans sa réponse du 31 août 2023, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il a essentiellement renvoyé à un avis du SMR du 3 août 2023, établi par la Dre K._____, spécialiste en chirurgie, par lequel elle a considéré que, bien que le Dr Q._____ ait retenu que l'activité habituelle d'agente d'entretien pouvait toujours être exercée à 50 %, la poursuite de ce type de travail ne lui paraissait pas envisageable à court-moyen terme en raison de l'atteinte à

la santé au niveau lombaire. La Dre K._____ a toutefois confirmé qu'une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (activité non-physique, assise, avec possibilité de se lever toutes les 30 minutes, pas de travail en antéflexion ou rotation dorsolombaire répétitive, pas de port de charge de plus de 5 kg - 7kg répétitivement) pouvait en principe être exercée à plein temps, comme cela avait par ailleurs été retenu par le service médical de l'assureur perte de gain de l'employeur.

Par réplique du 25 octobre 2023, la recourante a soutenu qu'il était manifeste qu'aucun employeur ne serait disposé à l'engager au vu de la réalité du marché du travail et de ses limitations qui nécessiteraient des adaptations considérables de poste de travail qui seraient suffisamment dissuasives pour privilégier une autre personne. Elle s'est en outre prévalu de nouvelles pièces médicales, à savoir un rapport du 20 juillet 2023 du Dr D._____, spécialiste en neurochirurgie, dans lequel celui-ci a posé un diagnostic principal de perte de l'alignement lombaire (PI-LL - 16°) avec maintien de la balance sagittale et, comme diagnostic secondaire, une dégénérescence facettaire L3-L4 bilatérale. Le spécialiste a par ailleurs estimé que les lombalgies chroniques pouvaient être en lien soit avec l'hypolordose et la perte d'alignement lombaires, soit avec la dégénérescence facettaire L3-L4 bilatérale. Selon lui, l'assurée n'était pas en mesure actuellement de reprendre son travail, son incapacité étant de 100 % dans son poste précédent. Le pronostic de récupération et la capacité de reprise de travail dans un poste adapté était réservé et dépendait du succès des traitements de réhabilitation lombaire. Il a enfin préconisé un suivi dans une année avec des radiographies en charge et dynamique du rachis lombaire. La recourante a également joint un rapport du 26 septembre 2023 de la Dre X._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitante, qui a observé que les deux infiltrations lombaires dont avait bénéficié l'assurée après l'opération de 2021 n'avaient pas soulagé ses douleurs et que, malgré un programme de physiothérapie et d'ergothérapie, ses douleurs lombaires basses s'étaient aggravées. La recourante avait depuis lors un moral très bas et un traitement anti-dépresseur avait dû être instauré. Sa qualité de vie s'était nettement détériorée, de même que ses activités de loisirs et son

sommeil. Selon la Dre X._____, la symptomatologie douloureuse avait conduit petit à petit l'assurée vers une dépression. De son point de vue, une réévaluation de la situation par l'assurance-invalidité et une adaptation étaient nécessaires. Elle a encore mentionné que l'intéressée avait été adressée par le Dr D._____ au Dr T._____, médecin praticien, selon lequel il persistait un déconditionnement musculaire majeur focal et global favorisant des dysbalances musculaires entre chaînes musculaires antérieures et postérieures qui nécessiteraient une prise en charge d'au moins une année.

Par duplique du 15 novembre 2023, l'intimé a maintenu sa position. Il a joint un avis du SMR du 7 novembre 2023, établi par la Dre K._____, selon lequel les conclusions de l'avis du SMR du 3 août 2023 restaient valables. Celle-ci a noté que le rapport du Dr D._____ n'apportait pas de diagnostic nouveau et que le status clinique était superposable aux éléments déjà présents au dossier, le cadre clinique étant toujours dominé par un état douloureux au niveau lombaire pour lequel des propositions de prise en charge avaient été formulées. Quant au rapport de la Dre X._____, la Dre K._____ a noté qu'une « baisse de moral » était mentionnée, sans autre précision, à savoir sans symptômes ni signes cliniques, et avait nécessité l'instauration d'un traitement antidépresseur, toutefois sans aucune information concernant la molécule, le dosage, le début du traitement ou sur la mise en place d'un suivi spécialisé. La médecin-conseil du SMR a enfin souligné que la médecin traitante n'attestait pas d'une incapacité de travail totale dans toute activité mais sollicitait l'aide de l'AI pour que sa patiente puisse trouver une activité adaptée à sa situation.

Dans de nouvelles déterminations du 26 janvier 2024, la recourante a réitéré sa position, estimant ne pas être en mesure d'exercer un emploi simple et répétitif dans le domaine industriel léger et qu'aucun employeur ne serait disposé à l'engager compte tenu des adaptations nécessaires pour son état de santé. Elle a produit de nouvelles pièces, à savoir un rapport du 7 décembre 2024 [recte : 2023] du Dr D._____ selon lequel l'assurée était limitée dans ses activités physiques et devrait

bénéficier d'une diminution du taux d'activité. Il a par ailleurs estimé concernant sa capacité de travail résiduelle, qu'une activité adaptée devrait être identifiée, par exemple sans port de charges, sans position assise et debout prolongées. Il préconisait que la patiente puisse bénéficier d'une évaluation ultérieure de médecine physique et réadaptation pour définir la capacité de travail résiduelle et mettre en place des interventions de réhabilitation lombaire structurée. Sur le plan neurochirurgical, le suivi était prévu dans une année. Était également joint un rapport final interdisciplinaire de prise en charge d'ergothérapie et physiothérapie établi le 23 janvier 2024 par l'ergothérapeute G._____, ainsi qu'un rapport du 25 janvier 2024 de la psychologue W._____, selon lequel l'assurée avait été licenciée pour fin décembre 2023, celle-ci étant actuellement au chômage et avait commencé une mesure auprès de la [...] en vue d'un stage pour tester une activité en tant que caissière. Elle a expliqué que l'assurée souffrait d'un trouble de l'adaptation (deuil de son état de santé, pénibilité du travail en lien avec la charge et les douleurs) avec réaction mixte anxieuse et dépressive prolongée en rémission partielle (F 43.22). Ce trouble anxieux se manifestait par des symptômes dépressifs et anxieux au premier plan (thymie abaissée, pleurs épisodiques, irritabilité, fatigue, anxiété diffuse) depuis une année dans un contexte de pénibilité de ses douleurs de dos et de non-adéquation de son ancien travail d'agente de propreté par rapport à sa problématique algique. La psychologue a également relevé que l'intéressée avait arrêté le travail - qui constituait un clair facteur de stress et d'épuisement dans la gestion de ses douleurs avec un impact sur son moral et son anxiété - et rapportait depuis lors une amélioration de son état et de son moral ainsi que le sentiment de se sentir plus calme et moins pessimiste.

Par écriture du 28 février 2024, l'OAI a derechef confirmé sa position. Il a joint un avis du SMR établi le 9 février 2024 par la Dre K._____, selon lequel les conclusions de l'avis du 3 août 2023 restaient valables. Elle a rappelé à cet égard que ledit avis du SMR avait reconnu que la profession exercée par l'assurée n'était plus adaptée à son problème de dos et que l'impact des douleurs sur son humeur n'avaient pas été négligé. Elle a relevé que la durée du trouble avait toutefois été

limitée dans le temps, comme indiqué par la psychologue W._____. En conclusion, la Dre K._____ a réitéré qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux rattachés à la période qui prévalait jusqu'à la prise de décision litigieuse qui seraient susceptibles de modifier sa position quant à la capacité de travail de l'assurée.

Dans de nouvelles déterminations du 20 mars 2024, la recourante a transmis la liste de ses rendez-vous médicaux à venir, notamment en vue d'une évaluation complémentaire en médecine physique afin de déterminer sa capacité de travail résiduelle.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'AI, singulièrement à une rente d'invalidité, à la suite de sa demande du 16 mars 2022.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er}

janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'occurrence, la décision entreprise prend pour point de départ du délai de carence d'une année (art. 28 al. 1 let. b LAI) la date du 27 juillet 2021. C'est donc le nouveau droit qui est applicable au cas d'espèce.

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). L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. A cette fin, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé 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. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

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 (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 qu'il a recueillies, 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 de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) 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).

Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) peuvent revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences requises par la jurisprudence en matière d'expertise médicale rappelées ci-dessus, bien qu'ils 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 ; TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3, 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références citées, passage non publié in ATF 135 V 254). Il n'existe en effet pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations

médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

6. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante est atteinte dans sa santé en raison de douleurs au dos, et qu'elle n'est dès lors plus en mesure d'exercer son activité habituelle d'agente de propreté.

Elle a en effet subi en 2010 une première opération, avec stabilisation et fusion par voie postérieure L5-S1 et mise en place d'une cage intersomatique. A compter du 27 juillet 2021 et jusqu'au 24 janvier 2022, elle a présenté une incapacité de travail totale en raison d'une radiculopathie L5 droite sur décompensation d'un canal lombaire étroit. Elle a subi le 27 octobre 2021 une nouvelle opération, sous forme de décompression L4-L5 avec révision du montage L5-S1 et prolongation de stabilisation en L4-L5. Son incapacité de travail a ensuite été de 70 % du 26 janvier au 31 mars 2022, puis de 50 % dès le 1^{er} avril 2022.

Si, dans la décision attaquée, l'intimé a retenu que l'activité habituelle demeurerait exigible à 50 %, le SMR est revenu sur cette appréciation dans son avis du 3 août 2023. Selon cet avis en effet, il est douteux que la poursuite de ce type de travail (i.e. agente d'entretien) soit envisageable à court-moyen terme, en raison de l'atteinte à la santé au niveau lombaire (L3-S1). La recourante a du reste désormais totalement interrompu son activité habituelle, et se porte mieux depuis lors

(cf. rapport du 25 janvier 2024 de la psychologue W._____), ce qui va dans le sens des constats précités du SMR. Le Dr D._____ a au demeurant lui aussi fait état d'une incapacité de travail totale dans le poste précédent (cf. rapport du 20 juillet 2023).

La recourante peut donc être suivie lorsqu'elle affirme que son activité habituelle n'est plus exigible, sa capacité de travail étant nulle dans celle-ci.

Ce constat n'a toutefois pas d'influence sur le droit à la rente, puisque, ainsi qu'on le verra, l'assurée conserve une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

b) Dans sa décision litigieuse du 1^{er} juin 2023, l'intimé a estimé, sur la base de l'avis du SMR du 14 mars 2023, que la recourante présente depuis le 1^{er} avril 2022 une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : activité non-physique, assise, avec possibilité de se lever toutes les 30 minutes, pas de travail en antéflexion ou rotation dorsolombaire répétitive, pas de port de charge de plus de 5 kg - 7 kg répétitivement. Le SMR a en effet considéré à cet égard, en se basant notamment sur l'avis du service médical de l'assureur perte de gain, que les limitations fonctionnelles de l'assurée ne semblaient pas suffisamment importantes pour justifier une capacité de travail limitée à 50 % dans une activité adaptée.

Dans son recours, l'assurée conteste principalement que sa capacité de travail dans son activité habituelle serait exigible à hauteur de 50 %. Comme on l'a vu ci-dessus, l'intimé est revenu sur sa position à cet égard, admettant que l'activité habituelle n'était plus exigible. Dans ses écritures subséquentes, la recourante entend contester qu'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles serait exigible en alléguant que dite capacité de travail devrait encore être définie, se référant à cet égard aux rapports de ses médecins traitants produits en cours de procédure judiciaire. Elle prétend

également qu'aucune activité ne lui est désormais accessible et qu'aucun employeur ne serait disposé à l'engager.

Ce point de vue ne peut toutefois être suivi, pour les motifs exposés ci-dessous.

Comme le relève le SMR (cf. avis du 7 novembre 2023), du point de vue neurochirurgical, le rapport du 20 juillet 2023 du Dr D._____ ne fait pas état de diagnostic nouveau, et le statut clinique est superposable à celui au dossier, le cadre clinique étant dominé par un état douloureux au niveau lombaire. Par ailleurs, dans son rapport du 7 décembre 2023, le Dr D._____ ne dit pas que sa patiente ne serait pas en mesure d'exercer une activité adaptée. Il note au contraire que selon ses appréciations, la patiente est limitée dans ses activités physiques et devrait bénéficier d'une diminution du taux d'activité. Or l'activité habituelle n'est plus exigible, ainsi qu'on l'a vu. Le Dr D._____ ajoute que la capacité résiduelle dans une activité adaptée devrait être identifiée, en indiquant « par exemple sans port de charges, sans position assise ou debout prolongées ». Cette appréciation correspond aux limitations fonctionnelles retenues par l'OAI, à savoir une activité non physique, assise avec possibilité de se lever toutes les 30 minutes, sans travail en antéflexion ou rotation dorsolombaire répétitive, sans port de charge de plus de 5 kg - 7 kg répétitivement. Au surplus, ce spécialiste ne prévoit un suivi sous l'angle neurochirurgical que dans une année.

Sur le plan psychique, un « moral très bas » sans autre précision, à savoir sans symptômes ni signes cliniques, avec instauration d'un traitement antidépresseur, également sans précision, est évoqué dans le rapport du 26 septembre 2023 de la Dre X._____. Il est à noter que cette médecin ne fait pas état d'une incapacité de travail chez l'assurée. La psychologue W._____, qui a vu l'assurée à compter du 10 novembre 2023 à raison de trois séances, ne fait pas non plus état d'une incapacité de travail chez sa patiente. Elle relève au demeurant que l'intéressée rapporte une amélioration de son état. Elle indique au surplus que la recourante est inscrite au chômage et suit une mesure auprès de la

[...] pour notamment faire un essai dans un poste de caissière. Ainsi, aucun élément au dossier ne permet d'établir qu'antérieurement à la décision attaquée, la recourante aurait présenté sur le plan psychiatrique une atteinte de nature à limiter sa capacité de travail.

En outre, compte tenu du large éventail d'activités simples et répétitives qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles retenues par l'intimé que recouvre le marché du travail en général - et le marché du travail équilibré en particulier - il faut admettre qu'un nombre significatif d'entre elles sont adaptées à la recourante et accessibles sans formation particulière (TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.3). Du reste, contrairement à ce que soutient l'intéressée, rien ne permet d'affirmer qu'une activité dans le domaine industriel léger serait nécessairement incompatible avec les limitations fonctionnelles constatées. C'est ici le lieu de souligner que l'OAI a énoncé différents types d'activités envisageables dans la décision entreprise (« travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple au montage, au contrôle ou à la surveillance d'un processus de production, ou comme ouvrière dans le conditionnement » ; cf. décision du 1^{er} juin 2023) - dont il y a lieu d'admettre qu'elles ne contreviendraient pas aux limitations fonctionnelles. La recourante ne peut être suivie lorsqu'elle prétend qu'aucune activité n'est envisageable au vu de ses circonstances personnelles.

c) Il résulte de ce qui précède que l'intimé était fondé à retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, aucun élément se rapportant à la situation prévalant au moment de la décision entreprise ne permettant de remettre en cause ce constat.

7. La comparaison des revenus, non remise en cause, met en évidence un degré d'invalidité de 5.15 %, insuffisant pour ouvrir le droit à la rente, respectivement à des mesures d'ordre professionnel.

8. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par la recourante, à savoir la mise en œuvre d'une expertise. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées).

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

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu l'issue du litige. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, vu la décision du 19 juillet 2023 octroyant à la recourante l'assistance judiciaire (art. 118 al. 1, let. b, CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

c) Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art 61 let. g LPGA).

d) La recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'un conseil d'office en la personne de Me Monica Mitrea. Vérifiée d'office, la liste des opérations déposée par l'avocate le 5 avril 2024, qui fait état de 29 heures et 48 minutes consacrées à la présente procédure, ne peut être entièrement suivie. L'activité déployée dépasse ce qu'admet la pratique de la Cour de céans dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la complexité du litige. En particulier, la comptabilisation de plus de neuf heures pour l'attention portée à divers courriers et la rédaction de lettres à l'attention de médecins,

respectivement la prise de connaissance de leurs réponses, est manifestement excessive. Un total de vingt heures de travail paraît amplement couvrir le temps nécessaire à la résolution du litige. Il convient dès lors d'arrêter l'indemnité d'office à 4'012 fr. 85 ([16h × 180 fr.] + [144 fr. ; débours] + [7,7 % ; TVA 2023] + [4h × 180 fr.] + [36 fr. ; débours] + [8,1 % ; TVA 2024]), débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

La rémunération de Me Mitrea est provisoirement supportée par le canton. La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office, dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 1^{er} juin 2023 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

V. L'indemnité d'office de Me Monica Mitrea, conseil d'office de J._____, est arrêtée à 4'012 fr. 85 (quatre mille douze francs et huitante-cinq centimes), débours et TVA compris.

VI. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité de son conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Monica Mitrea, pour J._____
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :