

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 novembre 2023

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente

MM. Piguet, juge, et Reinberg, assesseur

Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Nicolas Roud, avocat, à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI.

E n f a i t :

A. B. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1965, mariée, sans enfants, est entrée en Suisse en 2002 pour y rejoindre son conjoint. Dotée d'une formation de médecin, acquise dans son pays d'origine, elle n'a jamais exercé d'activité lucrative en Suisse.

En date du 13 février 2019, elle a formulé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), exposant souffrir depuis 2015 de douleurs cervicales consécutives à une hernie, de douleurs lombaires liées à une déviation de la colonne vertébrale, de douleurs à la hanche en raison de la déchirure d'un ligament et de jambes lourdes en lien avec une accumulation de graisse.

Procédant à l'instruction de cette requête, l'OAI a recueilli les rapports des principaux médecins en charge de l'assurée. Le 11 avril 2019, le Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que sa patiente était atteinte de cervicalgies, de lombalgies, d'un excès pondéral, d'une périarthrite de la hanche et d'une insuffisance veineuse depuis 2015. L'incapacité de travail était totale depuis le 1^{er} août 2018. Etaient annexés les documents suivants :

- un rapport d'imagerie du 12 novembre 2012 du Centre I. _____, faisant état d'un « minime débord discal C5-C6 » et d'une « petite protrusion discale para-centrale C6-C7 sans compression radiculaire » ;
- un rapport du Dr G. _____, spécialiste en chirurgie, du 14 décembre 2018, lequel relatait une évolution favorable à neuf ans post-opératoires d'un by-pass gastrique et proposait des consultations spécialisées en angiologie, ainsi que pour le traitement de lipodystrophies trochantériennes ;

- un rapport du Dr F._____, spécialiste en angiologie, du 19 décembre 2018, qui retenait un lipœdème pathologique bilatéral et une insuffisance veineuse d'origine superficielle sur incontinence ostiale des grandes veines saphènes proximales.

La Dre H._____, médecin généraliste traitant, a exposé, le 13 mai 2019, que sa patiente présentait un status post néphrectomie droite en qualité de donneuse depuis 2003, un status post by-pass gastrique depuis 2010, un status post incarceration du jéjunum moyen sur volvulus depuis février 2019 et une périarthrite de la hanche droite. Elle souffrait de douleurs lombaires et abdominales chroniques. La capacité de travail était au maximum de 20 %.

Le 15 mai 2020, le Dr D._____ a établi un certificat relevant que l'assurée souffrait d'une cervicarthrose avec discopathies C5-C6 et C6-C7, d'un lipœdème pathologique bilatéral avec lymphœdème de stade 2, d'une insuffisance veineuse des membres inférieurs, d'une épicondylite bilatérale, d'une tendinopathie achillienne bilatérale, d'une périarthrite des deux hanches, d'un conflit fémoro-patellaire bilatéral, de lombalgies chroniques, d'un status post by-pass et post néphrectomie unilatérale. Les limitations fonctionnelles étaient qualifiées d'importantes, tandis que la capacité de travail était nulle « dans toutes les branches d'activités et pour une durée permanente ».

Sur questions de l'OAI, la Dre H._____ a signalé, le 8 juin 2020, que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était lentement favorable, en dépit d'une fistulotomie anale postérieure avec marsupialisation d'un abcès para-anal inter-sphinctérien subie le 22 novembre 2019. Elle présentait toujours des douleurs abdominales et lombaires chroniques, ainsi que de la hanche et de l'épaule droites. La capacité de travail était réduite depuis 2018 et pouvait atteindre au maximum 30 % dans une activité strictement adaptée, au vu d'une fatigabilité importante.

Par correspondance du 14 août 2020, le Dr G._____ a fait parvenir l'ensemble du dossier constitué par ses soins dans le cas de l'assurée depuis 2010. Il a attesté d'un « excellent état de santé » à la suite d'un contrôle métabolique complet en juillet 2020 « sans aucune morbidité ». Il est néanmoins ressorti des documents transmis que l'assurée présentait une hernie hiatale et une éventration péri-ombilicale, pour laquelle une cure chirurgicale était planifiée le 20 août 2020 (cf. rapport du Dr G._____ à la Dre H._____ du 23 juin 2020). Le 25 septembre 2020, le Dr G._____ a communiqué une évolution favorable postérieurement à l'intervention précitée, avec la nécessité de poursuivre des assouplissements de la paroi abdominale durant six semaines dans le but de maintenir la masse musculaire des muscles grand droit.

Le 11 novembre 2020, l'OAI a réceptionné les rapports d'imagerie détenus par le Dr D._____, à savoir :

- une radiographie du coude droit du 6 octobre 2016, ne mettant en évidence aucune anomalie ;
- une radiographie de la cheville gauche du 5 octobre 2017, signalant de petites enthésopathies calcanéennes avec calcification distale du tendon d'Achille ;
- des radiographies du bassin et de la colonne lombaire du 4 septembre 2018, concluant à une augmentation de la courbure physiologique lombaire et une discrète surcharge inter-facettaire L4-L5 et L5-S1 ;
- une imagerie par résonance magnétique (IRM) du bassin du 1^{er} novembre 2018, concluant à un lipome non encapsulé ou à une dystrophie adipeuse de la hanche droite ;
- des radiographies de la main gauche du 28 novembre 2019, mettant en évidence une discrète rhizarthrose et une arthrose des articulations interphalangiennes proximales.

Dans un avis du 10 décembre 2020, le Service médical régional (SMR) a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire de l'assurée, sur les plans de la médecine interne, de la

rhumatologie et de la psychiatrie, laquelle a été confiée au Centre d'expertise M._____ (ci-après : le M._____).

Des rapports médicaux actualisés ont été adressés à l'OAI le 3 février 2021, soit notamment :

- un rapport du Dr G._____ du 27 octobre 2020, concluant à une évolution favorable de l'état de santé de l'assurée, laquelle demeurerait astreinte à des assouplissements de la paroi abdominale durant six semaines supplémentaires ;
- un rapport de la Dre J._____, spécialiste en endocrinologie et diabétologie, du 25 janvier 2021, concluant à un bilan biologique dénué de carence vitaminique.

Les Drs L._____, spécialiste en médecine interne générale, N._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, maladies rhumatismales et médecine du sport, et O._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont communiqué leur rapport d'expertise pour le compte du M._____ le 28 juillet 2021. Ils ont retenu les diagnostics suivants (cf. rapport d'expertise du M._____ du 28 juillet 2021, p. 6) :

Diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail :

- syndrome lombovertébral chronique sur dysbalance musculaire ;
- chondropathie fémoro-patellaire bilatérale ;
- cervicobrachialgie gauche sur minime débord discal C5-C6 et petite protrusion discale para-centrale droite C6-C7 sans compression radiculaire ;
- rhizarthrose et arthrose interphalangienne proximale de la main gauche ;
- asthme allergique traité et équilibré ;
- status post cure d'éventration xypho-ombilicale avec adhérence et mise en place d'un filet en août 2020 avec douleurs neuro-pariétales de l'hypochondre droit traitées avec succès par infiltration.

Diagnosics sans incidence sur la capacité de travail :

- fibromyalgie ;
- déconditionnement physique ;
- status post by-pass en 2010 ;
- surpoids avec IMC [réf. : indice de masse corporelle] de 28 kg/m² ;
- status post cure de hernie interne et suture grêle par laparotomie en 2019 ;
- hernie hiatale asymptomatique ;
- status post néphrectomie droite pour don d'organe ;
- insuffisance veineuse d'origine superficielle sur incontinence des grandes veines ;
- lipo-œdème pathologique bilatéral associé à un lymphœdème de stade II ;
- status post correction d'une coarctation de l'aorte et d'une CIA [réf. : communication interauriculaire] à l'âge de 10 ans ;
- hyperparathyroïdie secondaire substituée ;
- carences martiale et en vitamine D substituées ;
- status post ablation d'un adénome tubuleux avec dysplasie épithéliale de bas grade ;
- status post fistulotomie anale postérieure avec marsupialisation d'un abcès para-anal intersphinctérien.

Les experts ont conclu que la capacité de travail de l'assurée était de 100 % « depuis toujours », sauf durant les hospitalisations pour le by-pass et les hernies, lesquelles avaient induit des incapacités totales de travail transitoires de quatre semaines tout au plus après chaque intervention. Les limitations fonctionnelles avaient trait essentiellement au registre rhumatologique pour éviter toute aggravation des troubles dégénératifs lombaires et cervicaux, ainsi que de l'arthrose de la main gauche. Il y avait lieu de respecter l'alternance des positions assise et debout, de limiter le port de charges à 3 kg, la position agenouillée ou accroupie prolongée et d'éviter toute activité nécessitant une sécurité

augmentée sur des échelles ou des échafaudages ou requérant une posture forcée en porte-à-faux. Les activités fines de la main gauche n'étaient pas possibles en raison de l'arthrose. Sur le plan de la médecine interne, l'asthme imposait de proscrire un environnement allergisant. Le port de charges de plus de 3 kg devait être évité en raison de la cure d'éventration xypho-ombilicale (cf. ibidem, p. 7).

Les experts ont justifié leur appréciation consensuelle du cas en ces termes (cf. ibidem, p. 5 et 6) :

« [...] Du point de vue **psychiatrique**, la personne assurée rapporte des moments de tristesse quand elle a trop mal. Ces moments de tristesse sont passagers. Ils sont en lien avec des inquiétudes concernant la santé de son mari, celle de sa famille et la sienne.

Elle ne rapporte pas de trouble dépressif persistant.

Elle explique qu'avant le décès de son père, elle pleurait très rarement et que même quand elle avait mal, elle ne pleurait pas. Elle rapporte que depuis le décès de son père, il y a 3 mois, elle pleure un peu tous les jours pendant quelques minutes, mais qu'à ce moment-là, elle lit le Coran, fait une prière à la mémoire de son père, ça la soulage et ça calme sa tristesse.

Elle regarde également des comédies quand elle se sent triste. Ça la fait rire et ça la détend.

Elle ne rapporte pas d'angoisse, pas d'idées suicidaires ou de tentative de suicide.

Elle explique que son moral est bon, que c'est simplement en lien avec ses douleurs.

Elle ne rapporte pas de symptôme en faveur d'un syndrome somatoforme douloureux persistant. L'anamnèse et l'examen clinique qui ne retrouvent aucun symptôme psychiatrique significatif ne permettent de retenir aucun trouble psychiatrique caractérisé, quelle qu'en soit l'intensité.

Dans les troubles actuels, concernant l'éventualité d'un syndrome somatoforme douloureux persistant, les critères de définition de la CIM-10 ne sont pas réunis. Par ailleurs, elle ne présente pas d'atteinte à la santé psychique. Il n'y a pas de trouble de la personnalité. Il n'y a pas de contexte psychosocial problématique. Les douleurs ne sont pas décrites comme persistantes et intenses.

La personne assurée fait face aux impératifs de nombreuses activités quotidiennes. Elle garde le plaisir à entretenir des relations quotidiennes avec ses amis et sa famille, à regarder des séries télévisées et des documentaires plusieurs heures dans la journée. Elle n'a pas de troubles de l'appétit. Elle dispose de ressources personnelles à travers le plaisir, a des activités de loisirs, télé et Internet, plaisir dans les relations sociales, une conviction religieuse soutenante. Elle bénéficie également de ressources externes à travers un réseau familial et amical riche et soutenant.

Du point de vue **rhumatologique**, il est à noter un syndrome lombovertébral chronique sur dysbalance musculaire sans pathologie dégénérative importante, selon les radiographies effectuées le 04.09.2018. La personne assurée présente aussi des

cervico-brachialgies alors que l'IRM cervicale ne montre qu'un minime débord discal C5-C6 et une petite protrusion discale paracentrale droite en C6-C7, sans compression radiculaire.

Il a également été noté une chondropathie fémoro-patellaire, une rhizarthrose ainsi qu'une fibromyalgie. Ces atteintes musculosquelettiques et articulaires présentées par la personne assurée sont légères et sont sans répercussion quant à elles sur une capacité de travail adaptée.

En conclusion, il convient de retenir un tableau de douleurs ubiquitaires, essentiellement lombaires et cervicales, mais sans radiculalgie irritative et sans symptomatologie incapacitante, ainsi qu'une chondropathie fémoro-patellaire bilatérale et une rhizarthrose.

La personne assurée est donc capable d'avoir une activité professionnelle adaptée en tout temps.

Du point de vue de la **médecine interne**, il s'agit d'une personne assurée qui ne présente aucune atteinte à la santé retenue comme incapacitante en respectant le profil d'effort.

L'examen clinique de ce jour retrouve un déconditionnement physique dans un contexte de surpoids avec un IMC de 28 kg/m².

L'examen cardio-pulmonaire est normal avec un DEP à 250 l/min dans les normes qui confirme un asthme équilibré, une absence ce jour d'une hypotension artérielle associée à un examen ORL dans les normes et sans vertige.

Sur le plan digestif, l'examen a retrouvé un abdomen souple et dépressible, sensible, sans contracture, ni défense dans la région de l'hypochondre droit supérieure avec induration cutanée en regard dans son ensemble.

L'examen ophtalmologique ne retrouve pas d'amputation du champ visuel.

L'échelle ECOG est à 0/4, ce qui confirme que la personne assurée est capable d'effectuer les tâches prémorbides. »

Le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expertise du M. _____ dans un avis du 20 août 2021.

Le 14 octobre 2021, l'OAI a procédé à l'évaluation de l'invalidité de l'assurée, mettant à jour un degré d'invalidité nul, compte tenu de salaires avec et sans invalidité déterminés sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). L'assurée demeurerait capable d'exercer un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, dans le conditionnement ou le secteur administratif.

Par projet de décision du 8 novembre 2021, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser des mesures professionnelles et une rente d'invalidité.

Dans un courriel du 15 novembre 2021, complété par une correspondance du 7 mars 2022, l'assurée, représentée par Me Jean-Nicolas Roud, a communiqué ses objections à l'encontre du projet de décision précité. Après avoir rappelé la teneur des rapports médicaux versés à son dossier, elle a fait grief à l'OAI d'avoir accordé pleine valeur probante au rapport d'expertise du M._____, alors que les experts avaient, à son avis, minimisé les douleurs alléguées et n'avaient procédé à aucune investigation orthopédique et neurologique. Elle soulignait en outre la survenance d'une aggravation de sa symptomatologie douloureuse « depuis quelques mois », produisant de nouveaux documents médicaux, à savoir :

- un rapport d'IRM lombaire du 5 janvier 2022, faisant état de discopathies lombaires étagées avec un antélisthesis millimétrique d'origine dégénérative L4-L5, une arthrose facettaire lombaire étagée prédominant nettement en L4-L5 avec importante inflammation bilatérale, des remaniements inflammatoires des portions gauches des plateaux inférieur de L2 et supérieur de L3, potentiellement irritatifs pour la racine L2 gauche ; une infiltration péri-radiculaire gauche était suggérée en cas d'échec d'un traitement systémique ;
- un rapport du Dr P._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, du 26 janvier 2022, lequel relevait que l'assurée présentait des douleurs lombaires de longue date et semblait très gênée par une douleur fessière gauche très intense ; l'absence de lésion érosive des articulations sacro-iliaques excluait la présence d'une pathologie inflammatoire ; un syndrome d'irritation/séquestration des nerfs glutéaux ne pouvait en revanche être exclue ; de nouvelles radiographies étaient envisagées, ainsi qu'un traitement adéquat de la douleur ;
- un rapport du Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et spinale, du 1^{er} février 2022, lequel estimait que l'origine des douleurs avait trait à une décompensation de l'articulation sacro-iliaque et une irritation radiculaire L4

au niveau du spondylolisthésis ; une infiltration de l'articulation sacro-iliaque était préconisée ;

- une prescription de physiothérapie pour traitement des lombopyralgies communes et du syndrome douloureux des deux périhanches.

L'assurée rappelait par ailleurs souffrir d'une chondropathie fémoro-patellaire, d'une rhizarthrose et d'une arthrose interphalangienne proximale, ainsi que d'un asthme allergique, après avoir subi de nombreuses interventions chirurgicales. De son point de vue, une incapacité de travail totale dans toutes activités devait lui être reconnue, alors que l'existence même d'une activité strictement adaptée à son état sur le marché du travail pouvait être mise en doute. Elle a dès lors conclu, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, à la mise en œuvre d'un complément d'expertise orthopédique et neurologique, après interpellation du Dr D._____.

Dans un avis du 5 avril 2022, le SMR a estimé que l'assurée n'avait fait état d'aucun élément médical significativement nouveau ou inconnu des experts du M._____, dont les conclusions demeuraient valables.

Par décision du 25 avril 2022, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité, reprenant les termes de son projet de décision contesté.

B. B._____, assistée de Me Roud, a déféré la décision du 25 avril 2022 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 30 mai 2022, reprenant pour l'essentiel les arguments avancés en procédure d'audition, ainsi que ses conclusions tendant, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, à la mise en œuvre d'un complément d'instruction (expertise orthopédique et neurologique ; interpellation du Dr D._____). Elle a ajouté que les investigations et examens destinés à déterminer l'origine de ses douleurs se poursuivaient, produisant un rapport de

scintigraphie osseuse du 12 avril 2022, laquelle avait été sollicitée par le Dr R. _____ à l'issue d'un rapport du 15 mars 2022. Ce document mettait en évidence des remaniements hyperfixants articulaires postérieurs L4-L5 bilatéraux.

L'OAI a suggéré, par détermination du 23 août 2022, la production par l'assurée des derniers rapports des Drs R. _____ et D. _____ en vue de les soumettre au SMR.

Le 30 août 2022, l'assurée a fait parvenir à la Cour de céans les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 10 août 2022 du Prof. W. _____, médecin chef du Département de l'appareil locomoteur (DAL) du Centre hospitalier C. _____, lequel relatait les diagnostics de fessalgie gauche depuis une année et probable souffrance du piriforme gauche ; il préconisait une prise en charge avant tout physique par le biais de séances de chiropractie et d'exercices à domicile ;
- une prescription de traitements chiropratiques du 29 août 2022, établie par Q. _____, chiropraticienne cadre au sein du Q. _____, qui relevait que l'assurée était suivie au sein de l'Unité de médecine chiropratique du Centre hospitalier C. _____ depuis le 11 août 2022 pour un syndrome du piriforme gauche et une lombalgie chroniques sur antélisthésis millimétrique d'origine dégénérative L4-L5, arthrose facettaire lombaire étagée prédominant en L4-L5 avec importante inflammation bilatérale à ce niveau et remaniements inflammatoires des portions gauches des plateaux inférieur de L2 et supérieur de L3 potentiellement irritatifs pour la racine L2 gauche.

Par pli du 5 octobre 2022, l'assurée a signalé que les investigations médicales étaient encore en cours et, notamment, proposé

d'interpeller Mme Q. _____ au sujet de son état de santé actuel et de sa capacité de travail.

Le 1^{er} novembre 2022, l'OAI a fait parvenir à la Cour de céans un avis du SMR du 31 octobre 2022. Il a conclu, sur cette base, au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse. Le SMR a conclu son appréciation de la situation de l'assurée en ces termes :

« [...] Au final, les éléments transmis ne permettent pas de retenir une aggravation notable de l'état de santé. Le diagnostic de probable souffrance du piriforme vient illustrer une situation déjà connue pour laquelle les LF [réd. : limitations fonctionnelles] retenues lors de l'expertise du M. _____ restent valables. On reste face à une assurée déconditionnée, connue pour une fibromyalgie (diagnostic posé lors de l'expertise du M. _____) et qui ne présente aucune atteinte de gravité suffisante permettant d'expliquer l'importance des douleurs et du handicap allégué. Par ailleurs, le traitement du syndrome piriforme consiste principalement en des étirements et exercices pouvant être effectués à la maison. [...] Au final, les conclusions SMR précédentes restent parfaitement d'actualité. »

Le 11 novembre 2022, l'assurée a contesté l'appréciation du SMR ci-dessus. Elle a mis en exergue le suivi spécialisé diligenté au sein du Centre hospitalier C. _____ et l'aggravation avérée de son état de santé (syndrome du piriforme), relevant que l'expert rhumatologue du M. _____ n'avait de son côté procédé à aucun examen complémentaire pour déterminer les diagnostics. Elle sollicitait l'interpellation du Prof. W. _____ pour exposer le détail de sa prise en charge et des investigations en cours. Était annexé un rapport de l'Unité de médecine chiropratique du Centre hospitalier C. _____ du 7 novembre 2022, dont les conclusions étaient libellées en ces termes :

« Madame B. _____ a bénéficié de huit traitements chiropratiques consistant en manipulations lombaires et sacro-iliaques associées à un travail des tissus mous des régions lombaires, glutéales et des membres inférieurs. Nous lui avons également enseigné des exercices de renforcement musculaire à faire de manière autonome. Lors de la réévaluation, après la cinquième séance, la patiente estime le pourcentage d'amélioration de ses lombalgies et de sa pygalgie gauche à 50-60 %. Ceci jusqu'à sa rechute du 13 octobre, survenue sans facteur déclenchant identifié. Depuis, elle estime le pourcentage d'amélioration à 30 %. Lors du dernier examen clinique, les manœuvres sacro-iliaques étaient négatives. Le Fair test était lui aussi négatif. Il y avait une tension indolore du muscle piriforme gauche.

Compte tenu des améliorations, nous avons prévu de continuer notre prise en charge en espaçant progressivement les séances selon l'évolution de la symptomatologie.

Nous avons également convenu avec la patiente qu'elle commence de la physiothérapie dans le but de renforcer la musculature et de stabiliser le rachis lombaire. »

Par pli du 13 décembre 2022, l'OAI a proposé de patienter jusqu'à réception du rapport du Prof. W._____ relativement aux investigations conduites.

A la même date, l'assurée a adressé une déclaration du Prof. W._____ du 22 novembre 2022, aux termes de laquelle il communiquait son aval avec les conclusions du rapport de l'Unité de médecine chiropratique du W._____.

En annexe à une correspondance du 13 janvier 2023, l'assurée a fait parvenir les nouvelles pièces médicales suivantes :

- un rapport du 10 octobre 2022 consécutif à une radiographie du rachis lombaire, dont la description relatait le respect de la lordose lombaire, l'absence d'anomalie de la minéralisation osseuse, un antélisthésis de grade I de L4 sur L5, non significativement majoré sur les clichés dynamiques, la stabilité d'un probable rétrolisthésis de grade I de L1 sur L2, non significativement influencé par les clichés dynamiques, le respect de la hauteur des corps vertébraux et une arthrose facettaire postérieure connue en L5-S1 ;
- un rapport du Prof. W._____ du 22 décembre 2022, exposant que les séances de chiropractie et de physiothérapie étaient en cours, l'assurée ayant manifesté le ressenti d'une diminution de la fréquence et de l'intensité des douleurs du piriforme gauche, en dépit de la persistance de lombalgies avec irradiations aux deux cuisses impliquant un temps de marche limité à 10 minutes ; le spécialiste envisageait éventuellement des

infiltrations péri-facettaires antalgiques, non sans signaler que « l'idéal serait de reprendre le fitness ».

Par détermination du 20 février 2023, l'OAI a persisté dans ses conclusions tendant au rejet du recours et s'est référé à un nouvel avis du SMR du 13 février 2023, lequel communiquait son appréciation du cas comme suit :

« [...] Sur le plan radiologique, le rapport concernant la radiographie lombaire du 10.10.2022 nous apprend donc qu'un antélisthésis de grade I de L4 sur L5 et un probable rétrolisthésis de grade I de L1 sur L2 auraient été mis en évidence déjà en août 2022. Ceci suggère une aggravation radiologique par rapport aux documents sur lesquels les experts du M. _____ se sont appuyés. En effet, une RX [réd. : radiographie] lombaire antérieure du 04.09.2018 n'avait pas mis en évidence de spondylolisthésis, puisque le rapport mentionne une « *augmentation de la courbure physiologique lombaire, le mur postérieur reste aligné.* »

Toutefois, nous rappelons que les images radiologiques à elles seules sont insuffisantes pour se prononcer sur la présence d'une atteinte à la santé du ressort de l'AI ou sur une modification de l'état de santé. Elles doivent toujours être confrontées à la clinique.

Dans le cas présent, en premier lieu, signalons que les clichés dynamiques réalisés en octobre 2022 sont rassurants puisqu'ils ne mettent pas en évidence d'instabilité vertébrale en lien avec les spondylolisthésis.

Sur le plan clinique, malgré les spondylolisthésis mis en évidence déjà en août 2022, aucun signe de gravité ne semble avoir été décelé (aggravation des lombalgies avec péjoration du status : cruralgies sur un trajet anatomique clair, déficit neurologique). Dans le cas contraire, il est certain que les investigations se seraient poursuivies par la réalisation d'une IRM lombaire à la recherche de conflit sur les structures neurologiques. Le Prof W. _____ ne décrit d'ailleurs aucun signe clinique de gravité neurologique, moteur ou sensitif. Les irradiations dans les membres inférieurs dont l'assurée se plaint toujours sont connues de longue date, mal systématisées. De plus, les fessalgies seraient même subjectivement en amélioration.

[...]

Pour finir, nous nous trouvons à bientôt 2 ans de l'examen clinique rhumatologique effectué au M. _____ (09.03.2021). Dans l'hypothèse où des nouvelles investigations paracliniques ou des évaluations cliniques effectuées dans le futur devaient objectiver une aggravation ou conduire à de nouveaux diagnostics, il nous semblerait très discutable de les faire valoir dans le but de modifier rétrospectivement les conclusions de l'expertise de juin 2021. Actuellement, aucun des documents transmis dans le cadre du recours ne permet de remettre en doute le bien-fondé des conclusions SMR du 20.08.2021 reposant sur celles de l'expertise du M. _____, ou de réinterpréter a posteriori ces conclusions. Si les spondylolisthésis constituent une aggravation radiologique, il n'est pas possible de dire quand ces lésions sont apparues et si elles étaient déjà présentes lors de l'examen rhumatologique d'expertise

(16 mois auparavant). Dans tous les cas, ces lésions ne sont associées à aucun élément radiologique ou signe clinique de gravité. La clinique reste globalement inchangée toutes ces dernières années, avec même une amélioration subjective récente des fessalgies.

En résumé, les douleurs dont se plaint l'assurée sont présentes de longue date. Il n'y a pas de corrélation entre d'une part ces douleurs et la clinique et d'autre part les images de spondylolisthésis. Les douleurs lombaires n'ont pas de caractère spécifique de cette pathologie.

Au final, les derniers documents versés au dossier ne permettent pas d'évoquer une modification de l'état de santé notable qui serait survenue avant la décision attaquée, ni à la lumière de nouveaux éléments, de réexaminer les conclusions SMR précédentes fondées sur celles de l'expertise. »

L'assurée a maintenu ses conclusions et griefs le 14 mars 2023. Elle a rappelé que son état de santé nécessitait des investigations complexes, alors que les experts du M. _____ n'avaient nullement recherché l'origine de ses douleurs. L'ensemble de ses médecins traitants concordait par ailleurs pour retenir une valeur invalidante à sa symptomatologie et attestait de son incapacité de travail. Elle signalait que désormais son état de santé, ainsi que sa capacité à marcher, étaient altérés par le glissement des vertèbres L2-L3-L4-L5, accompagné de lésions inflammatoires dégénératives étagées, selon le rapport du Prof. W. _____ du 10 août 2022. Elle a, pour l'essentiel, maintenu qu'à son avis, le rapport d'expertise du M. _____ devait être qualifié d'expéditif et d'incomplet, tandis que les avis du SMR pouvaient être écartés.

Par détermination subséquente du 21 mars 2023, l'assurée a réitéré qu'il lui apparaissait invraisemblable de trouver une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Elle s'est notamment prévalu de diverses pièces médicales nouvelles, jointes à sa correspondance, à savoir :

- une ordonnance de physiothérapie, établie par le Prof. W. _____ le 9 mars 2023 ;
- une attestation de l'Unité de médecine chiropratique du Centre hospitalier C. _____ du 10 mars 2023, dans laquelle Mme Q. _____ confirmait le suivi de l'assurée depuis le 11 août 2022 pour des problèmes rachidiens et

considérait que « son état de santé invalidant n'était pas compatible avec la reprise d'une activité professionnelle » ;

- un certificat du Prof. W. _____ du 14 mars 2023, par lequel ce spécialiste indiquait que l'assurée présentait « une incapacité à 100 % pour un travail physique », alors qu'elle était en mesure d'exercer un travail adapté à ses limitations à hauteur de 4 à 5 heures par jour.

Le 24 avril 2023, l'OAI a maintenu ses conclusions en vue de la confirmation de la décision querellée. Il a, au surplus, indiqué renoncer à se déterminer plus avant sur les pièces produites, estimant qu'une aggravation de l'état de santé de l'assurée - survenue a priori selon le Centre hospitalier C. _____ en octobre 2021 - ne pouvait de toute façon avoir d'incidence sur le droit à une rente d'invalidité qu'à l'issue du délai de carence d'un an, soit postérieurement à la décision du 25 avril 2022.

L'assurée s'est déterminée le 3 mai 2023, relevant qu'en dépit de la dégradation constante de son état de santé, sa capacité de travail avait déjà été qualifiée de nulle par le Dr D. _____ à teneur du certificat établi le 15 mai 2020. Elle estimait par conséquent que la décision de l'OAI du 25 avril 2022 devait être réformée dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile, auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

3. a) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} 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).

b) 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 antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

c) En l'occurrence, la décision attaquée date du 25 avril 2022. Elle porte sur une demande de prestations formulée initialement par la recourante dans le courant de l'année 2019 du fait d'une incapacité totale de travail prononcée dès le 1^{er} août 2018. Elle repose par ailleurs sur un rapport d'expertise du 28 juillet 2021 et des pièces médicales produites au cours de la procédure d'audition dès novembre 2021. Dans la mesure où la majorité des éléments déterminants de l'état de fait sont antérieurs au 1^{er} janvier 2022, il convient d'appliquer l'ancien droit. Au demeurant,

l'application du nouveau droit demeurerait sans incidence sur le droit aux prestations litigieuses, étant donné l'issue de la présente procédure.

4. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

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

c) Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

5. a) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

b) Selon l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un

degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

6. 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 l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse 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 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

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).

e) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d).

7. Sur le fond, on relèvera, en premier lieu, que la recourante ne formule aucun grief spécifique eu égard au volet psychiatrique de son état de santé, tel qu'analysé au sein du M. _____ par le Dr O. _____. Ce spécialiste n'a retenu aucune pathologie de ce registre, non sans mettre en évidence les ressources personnelles et sociales à disposition de la recourante. Celle-ci ne bénéficie au demeurant d'aucun suivi spécialisé, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'attarder plus avant sur cet aspect, pour lequel l'appréciation communiquée par les experts du M. _____ peut être confirmée.

8. S'agissant, en second lieu, de l'analyse ressortant à la médecine interne, effectuée par la Dre L. _____, on peut considérer que les conclusions du M. _____ reposent sur des investigations exhaustives, reprenant les observations et rapports consignés au dossier de la recourante. Cette dernière ne fait valoir aucun argument, ni ne produit aucune pièce nouvelle qui justifierait de s'écarter de l'appréciation communiquée par les experts. On relèvera singulièrement que les suites de la cure chirurgicale de l'éventration xypho-ombilicale se sont avérées sans particularité, tandis que les derniers rapports des Drs G. _____ et J. _____ (respectivement datés des 27 octobre 2020 et 25 janvier 2021) ont fourni des informations rassurantes sur la stabilisation de l'état de santé de la recourante. En l'absence de toute altération documentée de la situation, les conclusions du M. _____ du registre de la médecine interne peuvent donc être suivies.

9. a) L'aspect médical contesté au sein du rapport d'expertise du M. _____ a trait principalement au volet rhumatologique, analysé par le Dr N. _____. Ce dernier a fait état des plaintes de la recourante en ces termes (cf. rapport d'expertise du M. _____ du 28 juillet 2021, expertise spécialisée rhumatologique, p. 44) :

« [...] Troubles actuels

La personne assurée rapporte initialement des douleurs ubiquitaires, essentiellement au niveau du membre supérieur gauche, qui actuellement sont le plus invalidantes.

Elles sont ressenties avec des sensations de picotements et de fourmillements, elles entraînent une diminution de la force, essentiellement dans le membre supérieur gauche.

Au niveau lombaire, les douleurs irradient dans la région fessière et au niveau des genoux.

Les douleurs sont décrites comme insomniantes, elles entraînent un dérouillage matinal d'environ une demi-heure.

Elles restreignent la capacité de marche, la station debout et la station assise, exigeant ainsi de fréquents changements de positions.

Apparition et évolution des limitations

La personne assurée se plaint de son dos depuis son arrivée en Suisse en 2002.

Les douleurs se sont progressivement aggravées avec le temps, entraînant une diminution de la capacité de marche à plus d'une demi-heure, à maintenir la position assise plus d'une demi-heure.

Elle se plaint d'une diminution de la force au niveau des 2 membres supérieurs, essentiellement à gauche. L'importance des douleurs diminue ses activités journalières, en particulier, pour entretenir son ménage. Elle n'arrive plus à porter du poids supérieur à 2 kg. [...] »

Après avoir procédé à un examen clinique détaillé du rachis, du bassin, des membres supérieurs et inférieurs et consulté les documents radiologiques à sa disposition à la date de son examen, l'expert a évalué le cas de la recourante comme suit (cf. ibidem, p. 52) :

« [...] Sur le plan rhumatologique, il est à noter un syndrome lombovertébral chronique sur dysbalance musculaire sans pathologie dégénérative importante, selon les radiographies effectuées le 04.09.2018. La personne assurée présente aussi des cervico-brachialgies alors que l'IRM cervicale ne montre qu'un minime débord discal C5-C6 et une petite protrusion discale para-centrale droite en C6-C7, sans compression radiculaire.

Il a également été noté une chondropathie fémoro-patellaire, une rhizarthrose ainsi qu'une fibromyalgie. Ces atteintes musculosquelettiques et articulaires présentées par la personne assurée sont légères et sont sans répercussion quant à elles sur une capacité de travail adaptée.

En conclusion, il convient de retenir un tableau de douleurs ubiquitaires, essentiellement lombaires et cervicales, mais sans radiculalgie irritative et sans symptomatologie incapacitante, ainsi qu'une chondropathie fémoro-patellaire bilatérale et une rhizarthrose.

La personne assurée est donc capable d'avoir une activité professionnelle adaptée en tout temps.

[...]

Lors de l'examen de ce jour, il n'y a pas d'épicondylite bilatérale, mais des épicondylalgies bilatérales en relation avec une fibromyalgie ; de même, l'examen des hanches n'a pas montré de périarthrite de hanche bilatérale, mais des douleurs trochantériennes en relation avec la fibromyalgie, et il ne s'agit pas de conflit fémoro-patellaire bilatéral, mais de chondropathie fémoro-

patellaire bilatérale ; en outre, l'examen clinique n'a pas retrouvé de tendinopathie achillienne bilatérale. [...] »

b) Quoi qu'en dise la recourante, on ne voit pas que le Dr N. _____ aurait procédé à une analyse expéditive ou incomplète de son état de santé ostéoarticulaire. On relève bien plutôt que ce spécialiste a examiné les rapports médicaux au dossier et confronté les données radiologiques à ses constats cliniques. Il a également discuté et écarté certains diagnostics évoqués par le Dr D. _____ dans le certificat établi le 15 mai 2020. Fondé sur les éléments objectifs résultant de son examen, l'expert a enfin déterminé les limitations fonctionnelles s'imposant à la recourante et fourni une appréciation motivée de l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative à 100 % à la date de ses investigations. On ne voit dès lors pas de raison de se distancer des conclusions rapportées par le M. _____ le 28 juillet 2021.

10. a) Reste à déterminer si les documents médicaux produits subséquemment par la recourante sont de nature à remettre en question l'exigibilité et les limitations fonctionnelles retenues aux termes de la décision de l'intimé du 25 avril 2022 sur la base du rapport d'expertise pluridisciplinaire du M. _____.

b) Il a été objectivé, par le biais du rapport d'IRM lombaire du 5 janvier 2022, que la recourante est atteinte de discopathies lombaires étagées avec antélisthesis d'origine dégénérative L4-L5, d'une arthrose facettaire lombaire étagée prédominant en L4-L5 avec importante inflammation bilatérale, de remaniements des plateaux inférieur de L2 et supérieur de L3 potentiellement irritatifs. Une radiographie du rachis lombaire du 10 octobre 2022 a par ailleurs permis d'observer un antélisthesis de grade I de L4 sur L5, une probable rétrolisthesis de grade I de L1 sur L2 et une arthrose facettaire postérieure de L5-S1 (déjà connue). La recourante a dès lors bénéficié d'un suivi spécialisé auprès du Prof. W. _____ du DAL du Centre hospitalier C. _____, singulièrement de séances de physiothérapie et d'une prise en charge en chiropractie. Les douleurs de la recourante se manifestaient en particulier sous forme de fessalgies dans le contexte d'un syndrome du piriforme gauche, en sus de

lombalgies, réduisant sa capacité à marcher plus de 10 minutes. Des mesures antalgiques sous forme d'infiltrations étaient envisagées, des exercices préconisés, avec idéalement la reprise d'une activité physique (fitness ; cf. notamment rapport du Prof. W. _____ du 22 décembre 2022).

c) Compte tenu des éléments rapportés par les différents services du Centre hospitalier C. _____ et des mesures entreprises, on peut certes retenir une altération du tableau clinique présenté par la recourante, laquelle n'apparaît toutefois pas incongrue au vu de la nature essentiellement dégénérative des atteintes à la santé diagnostiquées dans son cas. Cela étant, les nouveaux diagnostics mis en évidence au Centre hospitalier C. _____ apparaissent s'inscrire dans le contexte des douleurs ubiquitaires précisément énoncées par le Dr N. _____ du M. _____. On ne voit pas que ces éléments soient sérieusement de nature à entraîner des limitations fonctionnelles supplémentaires par rapport à celles énoncées par les experts (à savoir essentiellement des mesures élémentaires d'épargne du rachis, en sus des limitations relatives à l'arthrose de la main gauche et aux environnements allergisants). Quoi qu'en dise la recourante, l'évaluation des intervenants du Centre hospitalier C. _____ quant à l'incompatibilité de son état de santé avec la reprise d'une activité professionnelle n'apparaît aucunement motivée par des diagnostics engendrant des limitations fonctionnelles spécifiques. Il y a lieu dès lors d'écarter l'appréciation de Mme Q. _____ du 10 mars 2023, laquelle n'est au demeurant pas médecin. De même, si l'on peut suivre l'exclusion d'un travail physique formulée par le Prof. W. _____, ce spécialiste ne justifie nullement son appréciation d'une capacité de travail restreinte à 4 à 5 heures par jour dans une activité adaptée. Quant au certificat du 15 mai 2020 du Dr D. _____, dont la teneur a été pour l'essentiel infirmée par les experts, ce spécialiste n'a pas davantage motivé son évaluation d'une incapacité totale de travail, de sorte que son point de vue n'a pas lieu d'être retenu.

d) Partant, il convient de considérer, avec l'intimé, respectivement le SMR, que la recourante demeure dotée, à la date de la

décision litigieuse, d'une capacité de travail de 100 % dans une activité respectant les limitations fonctionnelles retenues par les experts du M._____. Ainsi que l'a souligné l'intimé le 24 avril 2023, si l'aggravation radiologique de l'état de santé de la recourante devait se répercuter durablement sur le plan clinique, il lui serait loisible de solliciter un réexamen de son cas par le biais d'une nouvelle demande de prestations.

11. a) La recourante revendique, aux termes de son écriture de recours, une mesure d'instruction complémentaire sur le plan médical, singulièrement un complément d'expertise neurologique et orthopédique. Elle estime que son cas aurait été tranché prématurément sur la base du rapport d'expertise du M._____ du 28 juillet 2021, à son avis expéditif et incomplet. Elle propose par ailleurs l'interpellation de ses médecins traitants principaux, le Dr D._____ et le Prof. W._____, ainsi que de la chiropraticienne du Centre hospitalier C._____, avant de statuer sur son droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

b) La requête de la recourante peut être écartée par appréciation anticipée des preuves. On rappelle en effet que la recourante a notamment fait l'objet d'examens cliniques somatiques (rhumatologique et de médecine interne) au sein du M._____. On ne voit pas, dans ce contexte, qu'un complément d'expertise du registre orthopédique soit susceptible d'apporter un éclairage nouveau de sa situation, dans la mesure où un tel examen serait vraisemblablement superposable à celui du registre rhumatologique. On dispose au demeurant des explications étayées, régulièrement fournies par les spécialistes de l'appareil locomoteur en charge de la recourante (en particulier les Drs D._____ et G._____, ainsi que le Prof. W._____), de sorte que le tableau clinique présenté par la recourante à la date de la décision litigieuse apparaît établi. Par ailleurs, dès lors que la recourante a produit les rapports de ces spécialistes relatant l'évolution subséquente de son état de santé, on peut considérer superflu de procéder à l'interpellation des intéressés. On peut également écarter la requête d'audition de Mme Q._____, chiropraticienne du Centre hospitalier C._____, étant donné que celle-ci n'est pas médecin. La Cour de céans est en définitive en possession d'un

dossier médical complet lui permettant de statuer en connaissance de cause sur le droit litigieux.

12. a) Selon l'art. 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), l'art. 16 LPGa s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette disposition prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1).

b) En l'absence de toute activité lucrative exercée en Suisse par la recourante, le recours à l'ESS pour déterminer tant le revenu d'invalide que celui sans invalidité ne prête pas flanc à la critique. La recourante ne fait du reste valoir aucun grief à l'encontre de l'évaluation de l'invalidité opérée par l'intimé, de sorte que le taux d'invalidité nul mis en évidence le 14 octobre 2021 peut être confirmé. Faute d'atteindre le seuil de 40 % prévu par l'art. 28 al. 2 LAI, la recourante ne peut donc pas prétendre à une rente de l'assurance-invalidité.

c) On ajoutera que la liste exemplative des activités accessibles à la recourante, énoncée par l'intimé le 14 octobre 2021, correspond aux restrictions médicales fixées par le M._____. Au demeurant, le montant total du TA1 de l'ESS, lequel fonde le revenu d'invalide, englobe l'ensemble des secteurs d'activités de la production et des services. Il recouvre donc une large palette d'activités, dont un nombre significatif est suffisamment léger et ne requiert pas de

qualification professionnelle spécifique (cf. par exemple sur cette question : TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3.2).

13. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 25 avril 2022 confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont imputés à la recourante qui succombe.

c) En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 25 avril 2022 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 portés à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Jean-Nicolas Roud, à Lausanne (pour B._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :