

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 janvier 2018

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mmes Pasche et Berberat, juges
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourante, représentée par Procap Suisse, Service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA ; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) R._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante espagnole née en 1972, sans formation professionnelle qualifiée, a travaillé comme aide de cuisine jusqu'en 2012.

Le 10 octobre 2013, l'assurée a déposé une demande de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton _____ de _____ Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), par l'intermédiaire de l'Office régional de placement d'E._____.

Étaient notamment joints à cette demande :

- un rapport médical du 27 septembre 2013 du Dr B._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, faisant état de douleurs aux pieds et au rachis lombaire - soit un problème dégénératif de lombalgies basses de niveau L5-S1 mais sans sciatalgies ni radiculalgies. En outre, ce praticien ne voyait pas d'inconvénients à la reprise d'une activité professionnelle, la seule limitation étant les contraintes de ports de charges lourdes dans le cadre de sa colonne dégénérative et le piétinement avec les stations statiques prolongées qui semblent réveiller les douleurs ;

- un rapport du médecin-conseil du Service de l'emploi du 8 avril 2013 indiquant que l'assurée pouvait exercer sa profession à un taux de 80%, que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit la nécessité du port de chaussures orthopédiques, l'alternance de position debout/assise en cas de travail uniquement en position debout et les mesures de prévention et d'économie du dos.

Par courrier du 29 octobre 2013, confirmant la teneur d'un entretien du 23 octobre 2013, l'OAI a communiqué à l'assurée que le dépôt d'une demande AI n'était pas indiqué, pour les raisons suivantes :

« [...] Sur la base des informations que vous nous avez transmises lors de notre entretien, du rapport du médecin conseil du service de l'emploi du 8 avril 2013 et après avoir interrogé le Dr B._____, rhumatologue, il ressort que vous avez une capacité de travail de 80% dans votre activité habituelle (en évitant le port de charges lourdes et en portant des chaussures avec forme orthopédique) et que votre capacité de travail est de 100% dans une activité adaptée [...] ».

b) Le 10 novembre 2015, l'assurée a déposé une nouvelle demande de détection précoce auprès de l'OAI. L'Office compétent a estimé que le dépôt d'une demande AI était indiqué dans la mesure où la situation avait évolué de manière négative, l'assurée devant suivre un traitement depuis janvier 2016 avec de probables limitations fonctionnelles pouvant rendre impossible l'exercice de son activité habituelle.

c) L'intéressée a déposé une demande de prestations le 11 janvier 2016 auprès de l'OAI, indiquant souffrir des tendons des deux pieds depuis environ cinq ans et précisant que l'atteinte empirait au fil du temps.

Dans un formulaire « Détermination du statut » rempli le 2 février 2016, l'assurée a indiqué qu'elle travaillerait à 100% si elle n'était pas atteinte dans sa santé.

Dans le cadre de l'instruction de la demande AI, le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a adressé à l'OAI un rapport daté du 11 février 2016, dans lequel il a diagnostiqué chez l'assurée une tendinopathie non insertionnelle d'Achille à gauche, plus symptomatique qu'à droite et une talalgie à droite plus qu'à gauche, sur probable fasciite plantaire depuis le mois de novembre 2015. Il a indiqué que les douleurs au niveau des talons des deux côtés résistaient à tout moyen thérapeutique et que le pronostic

était indéterminé. Ce praticien recommandait une intervention chirurgicale en cas de douleurs persistantes malgré les infiltrations. Il précisait que ce genre de pathologie guérissait dans la plupart des cas avec différentes mesures thérapeutiques, mais qu'il était néanmoins possible que l'assurée, qui présentait des douleurs chroniques depuis plus de deux ans, ne puisse pas assumer un travail physique lourd (port de charges lourdes) ou en position debout prolongée dans le moyen ou long terme.

Dans un rapport du 26 février 2016, le Dr V._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'hernie discale L5-S1 et de tendinopathie achille gauche chronique. Au nombre des restrictions, il a notamment indiqué que l'assurée ne pouvait pas se tenir uniquement debout ou assise - mais qu'elle pouvait travailler à 50% en alternant les positions - et qu'un port de charges supérieur à 5kg était impossible. Le Dr V._____ a précisé suivre l'assurée pour ses problèmes au tendon d'Achille uniquement, ses douleurs au dos étant du ressort du Dr A._____.

Dans un rapport du 1^{er} mars 2016, le Dr A._____, médecin praticien et médecin traitant de l'assurée, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de tendinose chronique du tendon d'Achille des deux côtés et de fasciite plantaire bilatérale depuis quelques années. Au nombre des restrictions, il a mentionné la marche prolongée et a recommandé un changement d'orientation professionnelle. Etaient notamment joints à ce document divers rapports du Dr F._____ confirmant les atteintes aux pieds et faisant état de divers traitements - port d'attelle, physiothérapie et infiltrations - et préconisant une intervention chirurgicale sous la forme d'un peignage du tendon en cas d'échec des différentes mesures (cf. rapports du Dr F._____ des 20 avril, 11 juin, 10 septembre et 6 novembre 2015).

Dans un avis médical du 5 juillet 2016, le Dr P._____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a conclu, en se fondant sur le rapport du Dr F._____ du 11 février 2016,

que l'assurée avait une capacité de travail pleine et entière dans toute activité sans port de charges lourdes et sans position debout prolongée. Il a précisé que c'était le spécialiste en réinsertion professionnelle qui pourrait déclarer si l'activité actuelle de l'assurée était adaptée ou non, précisant qu'un travail dans l'industrie légère en position principalement assise était adapté.

Dans le cadre du calcul du salaire exigible effectué le 11 juillet 2016 par le spécialiste en réinsertion de l'OAI, un taux d'abattement de 10% a été appliqué pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assurée et les activités de contrôle de production, d'ouvrière de conditionnement léger et d'opératrice en horlogerie ont été considérées comme adaptées.

Le 13 juillet 2016, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de rejeter la demande de rente notamment pour les motifs suivants :

« Résultat de nos constatations :

Pour des raisons de santé, vous avez présenté une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis le 6 mai 2013. C'est à partir de cette date qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 LAI.

A l'échéance du délai en question, soit en mai 2014 et après consultation de votre dossier par le Service Médical Régional (SMR), force est de constater que vous présentez une incapacité de travail entière dans votre activité habituelle d'aide de cuisine.

Cependant, une capacité de travail de 100% peut raisonnablement être exigée de vous dans une activité adaptée à votre état de santé et respectant vos limitations fonctionnelles (*pas de port de charges lourdes ; pas de position debout prolongée pendant au moins deux ans*).

Pour déterminer le préjudice économique que vous subissez, il convient de comparer le revenu annuel que vous auriez pu réaliser en bonne santé avec celui auquel vous pouvez prétendre dans une activité adaptée (par exemple contrôle de production, ouvrière de conditionnement léger, opératrice en horlogerie).

Il appartient à tout assuré de faire tout ce qui dépend de lui pour atténuer au mieux les conséquences de son infirmité, en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail, même au prix d'un effort considérable. Ce n'est pas l'activité que l'assuré consent à accomplir qui est décisive, mais celle que l'on peut raisonnablement exiger de

lui dans une situation médicale donnée. Si l'assuré n'exerce pas l'activité exigible selon l'appréciation médicale, le taux de son invalidité sera fixé en égard à cette activité, même s'il ne l'exerce pas.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2014, CHF 4'300.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires, TA1 ; niveau de compétence 1).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2014 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'482.75 (CHF 4'300.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 53'793.00 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2014 à 2016 (+ 0.4%, +0.4% ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 54'224.20 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 48'801.78.

S'agissant du revenu sans atteinte à la santé, nous prenons également comme base, le salaire moyen des salariés suisses dans une activité non-qualifiée du domaine de la production et des services étant donné que selon toute vraisemblance vous auriez exercé une activité de ce type en bonne santé.

Comme indiqué plus haut, ce revenu est de CHF 54'224.20.

Comparaison des revenus :

sans invalidité :	CHF	54'224.20		
avec invalidité :	CHF	48'801.78		
La perte de gain s'élève à	CHF	5'422.42	=	un degré d'invalidité de 10%.

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité [...] ».

L'assurée n'ayant pas réagi à cet envoi, l'OAI a rejeté sa demande de rente par décision du 21 septembre 2016 pour les mêmes motifs que ceux figurant dans son projet du 13 juillet 2016.

B. Par acte du 24 octobre 2016, complété le 24 novembre 2016, R._____, représentée par Procap Suisse, Service juridique, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant avec suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise externe à l'assurance puis nouvelle décision. Elle requiert par ailleurs le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice et aux avances de ceux-ci. Elle conteste en substance la valeur probante du rapport du SMR du 5 juillet 2016 sur lequel se fonde l'OAI, considérant qu'il est insuffisant pour juger son état de santé au moment de la décision litigieuse.

A l'appui de son recours, elle produit les rapports médicaux suivants :

- un rapport du Dr F._____ du 7 juillet 2016 confirmant les diagnostics s'agissant des atteintes aux pieds et indiquant que la recourante sera opérée, selon son souhait, dans le courant du mois de juillet 2016, d'une téno-scopie d'Achille avec peignage percutané de la lésion de tendinopathie ;

- un rapport du Dr F._____ du 9 septembre 2016 posant le diagnostic de status post téno-scopie d'Achille avec ténolyse et peignage percutané à gauche le 28 juillet 2016, indiquant que la recourante présente encore des gênes douloureuses autour de son talon, qu'elle se

déplace occasionnellement avec des cannes et qu'elle a déjà retiré le Vacoped et prolongeant l'incapacité de travail de l'intéressée jusqu'au 31 octobre 2016 ;

- un rapport daté du 28 octobre émanant du Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale, qui pose les diagnostics de colon spastique, de psoriasis du cuir chevelu, de stress et de status post-ténoscopie du talon d'Achille avec ténolyse et peignage percuté à gauche le 28 juillet 2016, indiquant que les différents problèmes de santé de la recourante ont « *sans doute une influence sur sa capacité de travail* », le travail étant actuellement diminué à 50%, pourcentage de travail qui pourrait être amélioré dans une activité « *plus adaptée* » ; et

- un rapport du Dr V._____ du 9 novembre 2016 confirmant, suite à la demande de Procap Suisse, que la recourante présente également une hernie discale L5-S1 selon le dossier du Dr V._____, laquelle joue sans doute aussi un rôle dans une capacité de travail diminuée et retenant une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée.

Par décision du 17 novembre 2016, la juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire limité à l'exonération des frais judiciaires et des avances de ceux-ci, avec effet au 24 octobre 2016.

Dans sa réponse du 9 janvier 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Concernant tout d'abord l'avis SMR du 5 juillet 2016, l'OAI retient que celui-ci remplit les exigences nécessaires pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, précisant qu'il n'est pas nécessaire que l'assuré soit examiné par le SMR. Il souligne que le Dr N._____ n'apporte pas d'éléments médicaux vérifiables par imagerie médicale et examen clinique précis pour déterminer d'éventuels déficits sensitifs ou moteur et qu'il ne précise pas non plus dans quelles conditions la capacité de travail serait diminuée. S'agissant de l'intervention chirurgicale portée au talon gauche de la recourante, l'intimé fait valoir

que les limitations fonctionnelles liées à cette atteinte ont été prises en compte par le SMR dans l'évaluation de la capacité de travail le 5 juillet 2016. A l'appui de son écriture, il produit un avis médical du SMR daté du 3 janvier 2017 dont on extrait notamment ce qui suit :

« Les éléments que vous m'avez demandé d'analyser et qui sont postérieurs au dernier avis médical SMR (05.07.2016) nous apprenons que notre assurée a été opérée par le Dr F. _____ orthopédiste à l'hôpital de [...] le 28.07.2016. L'assurée est donc en IT à 100% à partir de cette date. L'assurée a été revue en postopératoire par le Dr F. _____ le 7.09.2016 et puisque l'assurée a pu retirer son orthèse cela signifie qu'elle va déjà beaucoup mieux. Elle présente une dysesthésie sur le versant latéral du talon ce qui n'est pas invalidant. Ce médecin prescrit un arrêt de travail qu'il prolonge jusqu'à la fin du mois d'octobre 2016.

La lettre écrite par le Dr N. _____ dit que selon un de ses confrères, notre assurée présenterait une hernie discale L5-S1. En soi[t], une hernie discale L5-S1 n'a rien d'invalidant, ce n'est que dans les situations avec irritation ou déficit sensitif et ou moteur lié à cette hernie discale que la situation peut devenir invalidante. Alors juste dire : « *cette hernie discale joue sans doute aussi un rôle dans une capacité de travail diminuée* » ne veut strictement rien dire puisque ce médecin ne donne pas d'éléments médicaux vérifiables par imagerie médicale et examen clinique précis pour déterminer d'éventuels déficits sensitifs ou moteur et qu'en plus ce médecin ne précise pas dans quelles conditions la CT serait diminuée. Pour mémoire nous rappelons que dans votre décision, la CT de notre assurée dans son activité habituelle d'aide de cuisine est considérée comme nulle. Par contre en respectant les LF décrites dans l'avis médical SMR du mois de juillet 2016, la CT est pleine et entière. La lettre du Dr N. _____ n'apporte donc aucun élément susceptible de changer notre position.

Le SMR maintient que notre assurée pouvait travailler avant son intervention malgré sa gêne dans une activité adaptée mais que clairement nous pouvons décréter une CT nulle pour toute activité durant la période postopératoire allant du jour de l'intervention (28.07.2016) jusqu'au 31.10.2016 [...] ».

Par réplique du 2 mars 2017, la recourante confirme ses conclusions, ajoutant que l'appréciation du SMR ne se fonde pas sur son état de santé global et ne reflète pas un état de santé stabilisé.

Dans sa duplique du 22 mars 2017, l'intimé confirme ses conclusions.

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'AI (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'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a).

b) En l'espèce, est litigieux le point de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'AI, singulièrement à une rente.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 1 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché équilibré du travail dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie 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 de compétence (art. 6 LPGA).

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

c) Pour évaluer le taux d'invalidité des personnes qui, comme c'est le cas de la recourante, pourraient exercer une activité lucrative, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui

après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidé). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

4. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

b) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 134 V 231 et 125 V 351 consid. 3). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6). Il convient notamment 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 ; TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; TF 9C_28/2011 du 6 octobre 2011 consid. 2.2 et TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3).

b) 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 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et réf. cit.).

6. En l'espèce, se basant sur le rapport du 5 juillet 2016 du Dr P._____ du SMR, l'intimé a retenu que si l'assurée n'était plus à même de travailler dans son activité d'aide de cuisine, elle conservait en revanche une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses

limitations fonctionnelles, soit sans port de charges lourdes et de position debout prolongée.

Pour sa part, la recourante a contesté cette appréciation, au motif qu'elle ne reflète pas son état de santé dans sa globalité, le Dr P._____ ayant omis de prendre en compte le diagnostic de hernie discale. Elle considère également que l'intimé ne pouvait se baser sur le seul avis du 5 juillet 2016 pour rendre sa décision le 21 septembre suivant, dans la mesure où il ne prend pas en compte l'intervention chirurgicale réalisée le 26 juillet 2016.

a) S'agissant en premier lieu des problèmes aux tendons d'Achille de la recourante, rien n'incite à s'écarter des conclusions du Dr P._____ telles que figurant dans l'avis du SMR du 5 juillet 2016. En effet, les conclusions auxquelles parvient le Dr P._____, soit une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante, sont partagées par les Drs B._____, F._____ et V._____, à tout le moins pour la période précédant l'intervention chirurgicale du 28 juillet 2016. Ce point n'est d'ailleurs pas contesté par la recourante

La recourante fait grief à l'intimé de n'avoir pas tenu compte de l'intervention chirurgicale précitée. On relèvera à cet égard que la téno-scopie pratiquée sur l'intéressée en juillet 2016, soit antérieurement à la décision litigieuse, n'a été portée à la connaissance du service médical de l'intimé qu'à la fin de l'année 2016, soit après la décision querellée. Ce nouvel élément a d'ailleurs fait l'objet d'un avis approfondi du SMR le 3 janvier 2017, dont il ressort qu'une incapacité de travail totale dans toute activité peut être retenue pour la période post-opératoire, soit du 28 juillet 2016 au 31 octobre 2016, et que la capacité de travail est à nouveau entière à compter du 1^{er} novembre 2016 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Aucun élément au dossier ne permet de remettre en cause les conclusions du SMR s'agissant de la capacité de travail à partir du 1^{er}

novembre 2016. La recourante ne produit en particulier aucun certificat médical attestant de l'éventuelle prolongation de son incapacité de travail, en particulier aucun rapport du Dr F._____ après celui du 9 septembre 2016. Or, si le rapport précité fait état de gênes douloureuses autour du talon, il relève également que la recourante a pu retirer son orthèse, ce qui signifie qu'elle va déjà mieux nonobstant ces gênes subjectives ressenties. En tout état de cause, s'il devait subsister des douleurs après l'opération, force est de constater que celles-ci, ainsi que les limitations fonctionnelles liées à cette atteinte, ont déjà été prises en compte par le SMR dans l'évaluation de la capacité de travail du 5 juillet 2016.

Les rapports médicaux du Dr N._____ ne permettent pas non plus d'infirmer les conclusions du SMR à cet égard. En particulier, le rapport du 28 octobre 2016 fait état d'une capacité de travail de 50%, sans autre motivation. Cette simple allégation, qui n'est pas établie, ne saurait suffire à elle seule à emporter la conviction de la Cour de céans.

On retiendra donc qu'aucun élément au dossier ne vient infirmer l'appréciation du SMR s'agissant de la pleine capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée.

b) La pathologie de hernie discale dont souffre la recourante ne permet pas non plus d'arriver à une autre conclusion.

Si le diagnostic de hernie discale a certes été posé par le Dr V._____ (cf. rapport du 26 février 2016), ce praticien a précisé ne pas suivre la recourante pour cette atteinte, mais uniquement pour ses problèmes au pied. Le Dr A._____, qui suit la recourante pour ses problèmes de dos, n'a posé comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail que celui de tendinite chronique du tendon d'Achille. Quant au Dr B._____, il ne voyait pas d'inconvénients à la reprise d'une activité professionnelle, la seule limitation étant les contraintes de ports de charges lourdes dans le cadre de ses problèmes lombaires, qualifiés de lombalgies sans sciatalgies ni radicualgies (cf. rapport du 27 septembre

2013). Or, il appert que les limitations fonctionnelles précitées ont été prises en compte par le SMR dans son avis du 5 juillet 2016.

Quant au Dr N._____, qui fait état de la hernie discale dans son rapport du 9 novembre 2016, il se contente d'affirmer que cette atteinte « *joue sans doute aussi un rôle dans une capacité de travail diminuée* » sans autre précision. Comme le relève à juste titre le SMR, ce praticien ne fournit en revanche aucun élément médical vérifiable – en particulier aucune imagerie médicale ou examen détaillé – pour déterminer d'éventuels irritations ou déficits sensitifs ou moteur qui rendraient cette hernie incapacitante. Le Dr N._____ ne mentionne aucune limitation fonctionnelle en lien avec cette atteinte ou autre que celle de s'abstenir du port de charges lourdes prise en compte par le SMR, se contentant de mentionner une capacité de travail diminuée de 50% dans une activité adaptée.

c) Au vu de ce qui précède, il ne figure aucun élément au dossier permettant de remettre en doute les conclusions du SMR s'agissant de la pleine capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

7. R._____ reproche en outre à l'intimé de s'être déterminé sur sa capacité de travail sans qu'une expertise médicale n'ait été mise en œuvre. Elle requiert ainsi que la cause soit renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise orthopédique « externe à l'assurance ».

Conformément à ce que prévoit l'art. 44 LPGA, dans la cadre de la procédure administrative, l'assureur est tenu de confier une expertise à un médecin indépendant lorsqu'il se révèle nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas. L'assuré peut certes requérir la mise en œuvre d'une telle expertise, mais ne dispose pas de droit à l'obtenir (Anne-Sylvie DUPONT, Le droit de réplique en assurances sociales *in* : François BOHNET, Le droit de réplique, Bâle 2013, p. 135 et TF 8C_245/2011 consid. 5.3 et réf. cit.). En procédure judiciaire, si l'assuré est libre de

requérir une expertise, il n'a pas non plus de droit à sa mise en œuvre. Une telle expertise doit cependant être ordonnée si l'instruction est incomplète, si la décision repose sur des avis médicaux qui ne remplissent pas les conditions pour se voir reconnaître une pleine valeur probante ou encore si, d'une manière générale, il subsiste un doute sur la situation de fait (Anne-Sylvie DUPONT, *op. cit.*, p. 137 et les références citées, en particulier ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7). En outre, le Tribunal fédéral a précisé qu'une expertise judiciaire ou une expertise au sens de l'art. 44 LPGA doit être mise en œuvre lorsque une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes, même faibles, quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation (ATF 135 V 465 consid. 4.3. et 4.6).

En l'espèce, contrairement à ce qu'invoque la recourante, les éléments médicaux à disposition de l'OAI étaient suffisants pour lui permettre de se prononcer sur le droit aux prestations de cette dernière. En particulier, l'intimé ne s'est pas uniquement fondé sur le rapport du Dr P._____ du SMR, mais a également tenu compte des avis des autres praticiens. Ces appréciations médicales, au demeurant tout à fait circonstanciées, vont dans le sens d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, à tout le moins à compter du 1^{er} novembre 2016. Comme il l'a été démontré plus avant, ni l'intervention chirurgicale du 28 juillet 2016, ni la hernie discale diagnostiquée chez la recourante ne sont propres à faire naître un doute, même faible, quant à la fiabilité des conclusions du SMR. En particulier, les rapports médicaux émanant du Dr N._____ et produits par l'intéressée en cours de procédure, ne sont pas suffisamment motivés pour se voir attribuer un caractère probant et de ce fait, laisser subsister un doute.

Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a donc pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par la recourante, à savoir la mise en œuvre d'une expertise. En effet, une telle mesure d'instruction

ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; *cf.* consid. 5b *supra*).

8. Sous l'angle économique, l'assurée n'a soulevé aucun grief à l'encontre des revenus sans et avec invalidité tels qu'arrêtés par l'OAI. Vérifiés d'office, les calculs de l'intimé échappent du reste à toute critique.

Partant, il y a lieu de retenir avec l'intimé que le degré d'invalidité s'élève à 10%, taux qui s'avère toutefois inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente AI (art. 28 al. 2 LAI). C'est dès lors à juste titre que l'OAI a refusé d'octroyer une telle prestation à la recourante.

9. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1^{bis} LAI et art. 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue au remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe

au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 2 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

c) En l'espèce, le bénéficiaire de l'assistance judiciaire a été octroyé le 17 novembre 2016 et limité à l'exonération des frais de justice.

Cela étant, compte tenu de l'ampleur de la présente affaire, les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. et sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

Enfin, la recourante n'obtenant pas gain de cause, elle ne peut pas prétendre à l'allocation de dépens en sa faveur (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

- I.** Le recours déposé le 24 octobre 2016 par R. _____ est rejeté.
- II.** La décision rendue le 21 septembre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** 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 de justice provisoirement mis à la charge de l'Etat.
- V.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap Suisse, Service juridique (pour R. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :