

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 octobre 2014

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mme Dessaux et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

V._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Jacques Micheli,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI ; 16 LPG

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assurée), née en 1965, vendeuse en boulangerie, a présenté des séquelles de poliomyélite à l'origine de dorsolombalgies non compatibles avec une activité se réalisant essentiellement en position debout. Elle a bénéficié d'un reclassement professionnel de l'assurance-invalidité comme assistante médicale entre 1996 et 1999, et a travaillé notamment à 100% auprès du Centre médical [...], du 2 juin 2009 à la fin du mois de mai 2010, date de son licenciement.

Le 27 décembre 2009, l'assurée a subi une fracture du plateau supérieur de L1 dans le contexte d'un accident de la circulation ; elle a perdu la maîtrise de son véhicule, qui a glissé sur une plaque de glace. En incapacité de travail totale dès le lendemain, elle a été hospitalisée dans le service de traumatologie du Z._____ du 29 au 31 décembre 2009. Un traitement conservateur a par la suite été entrepris. L'accident a été annoncé à G._____, laquelle a pris en charge le traitement médical et alloué des indemnités journalières.

B. Le 17 mai 2010, V._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en raison de la fracture-tassement du plateau supérieur de L1 survenue à la suite de l'accident du 27 décembre 2009.

Interpellée par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), G._____ a transmis le dossier constitué en faveur de l'assurée.

Le 16 juin 2010, le Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant de l'assurée, a adressé à l'OAI un rapport aux termes duquel étaient reconnus comme affectant la capacité de travail les diagnostics de status après poliomyélite dans l'enfance, avec séquelles orthopédiques touchant le rachis, atrophie musculaire

prédominante au membre inférieur droit depuis 1966 et fracture vertébrale de L1 dans le contexte d'un accident de la circulation le 27 décembre 2009 avec évolution catastrophique au niveau rachidien depuis lors. Le Dr P. _____ exposait que sa patiente avait toujours souffert de graves troubles de la statique liés à des dysfonctions musculaires et présentait actuellement des douleurs totalement invalidantes au niveau lombaire, ne lui permettant de tenir aucune position de manière indolore (assise, debout, couchée), si bien qu'elle était totalement incapable de travailler, malgré sa bonne volonté.

Le 7 décembre 2010, à la demande de G. _____, l'assurée a été examinée par le Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 27 décembre suivant, le Dr D. _____ formulait les constatations suivantes :

« Appréciation

En ce qui concerne la capacité de travail de cette assistante médicale, activité à 100%, congédiée au 31.5.10, une reprise de l'activité toujours comme assistante médicale mais dans une place adaptée, permettant des changements de position, évitant le port de charges de plus de 10 kg, à une année de la fracture, à plus de 2 mois de sa vertébroplastie, est certainement possible à partir de janvier 10, tout d'abord à 50%, puis à partir de début mars 11 à 100%.

En ce qui concerne les traitements, je pense que Mme V. _____ doit continuer à prendre un anti-inflammatoire le soir, un analgésique léger comme le Dafalgan si nécessaire.

Même si la physiothérapie est restée sans effet, instaurée juste après l'ablation du corset plâtré en avril 10 pendant 2-3 mois, il serait judicieux actuellement de la reprendre, puisque la fracture est maintenant parfaitement consolidée, par exemple à l'unité du rachis du Z. _____.

Le dommage permanent est indiscutable, uniquement en rapport avec le traumatisme de L1, il doit être estimé à 20% [...]. »

Dans un courrier du 2 mars 2011, le Dr P. _____ s'est prononcé à l'égard de l'assureur-accidents, notamment comme suit :

« Il est à relever que la situation était totalement intenable jusqu'à l'été passé, date à laquelle elle a bénéficié d'une vertébroplastie par le Dr R. _____, ce qui a conduit à une amélioration certaine

puisque la patiente a pu retrouver un sommeil dans la mesure où elle ne faisait pas de mouvement en dormant celle-ci se trouvait être dans une position sans douleur pour la première fois depuis 9 mois.

Malheureusement en ce qui concerne son activité Madame V._____ reste extrêmement limitée, elle peut tenir assise une demi heure, au maximum, elle peut marcher durant 15 min avant d'être obligée de trouver une position antalgique en raison de ses douleurs lombaires pouvant irradier jusqu'au niveau cervical, elle peut pratiquer un travail avec l'ordinateur et la souris durant 15 min, toutefois elle est quasiment obligée de se coucher par la suite durant 1 heure en raison de ses douleurs touchant la région lombaire avec irradiation au niveau cervical.

Dans ces conditions il paraît extrêmement difficile de pouvoir proposer une activité que la patiente pourrait effectuer, aucun employeur dans un pays à l'ouest du rideau de fer étant motivé pour engager quelqu'un dont la capacité de travail momentanée peut être limitée, compte tenu des impératifs de la société moderne.

[...]

Je pense que dans ces conditions face à une situation aussi désespérée au plan du travail que la capacité de travail respectivement l'incapacité de travail de Madame V._____ doit être réévaluée. »

Parallèlement, le Dr P._____ a attesté une incapacité de travail de 100%.

Dans une lettre du 4 mai 2011, le Dr P._____ s'est adressé à l'OAI en ces termes :

« En fait, [la patiente] présente une limitation liée à devoir changer de position extrêmement fréquemment, elle peut tenir assise une demi-heure au maximum, marcher durant 15 minutes avant d'être obligée de trouver une position antalgique. Elle peut pratiquer un travail avec l'ordinateur et la souris pendant un maximum de 15 minutes, toutefois elle est obligée de se coucher en général par la suite durant une heure.

[...]

Madame V._____ présente des douleurs quasi constantes également en position couchée compromettant son sommeil, jusqu'à l'automne 2010 où une vertébroplastie a été pratiquée par le Dr R._____, radiologue au Z._____, avec un bon effet sur les douleurs en position couchée, toutefois pas de changement dans les activités en position assise ou debout ou en déplacement.

Une aggravation de son état est apparue sous forme de dysfonction cervicale majeur, avec vertiges et ataxie, celle-ci étant probablement liée à une décompensation cervicale du trouble

lombar, associée à des céphalées. La patiente a été investiguée dans le service d'ORL du Z._____, elle a été mise au bénéfice d'un traitement de Rivotril, qui a partiellement amélioré la situation, dans la mesure où la patiente peut à nouveau se déplacer sans tituber.

En conclusion, malgré une aggravation surtout au plan cervical, une capacité de travail de manière extrêmement stricte, limitée à des périodes des deux heures, pourrait être envisagée avec une évolution jusqu'à une possibilité maximale de 50%, la limitation principale consiste à ne pas dépasser 10 minutes d'ordinateur, 10 minutes de machine à écrire, avec des changements de position fréquents durant l'intervalle. Idéalement, elle pourrait travailler 2 heures le matin et deux heures l'après-midi, avec une période de récupération où elle pourrait se coucher. Ceci est valable depuis le mois de mai 2011. Les limitations fonctionnelles sont le port de charge dépassant 5 kg, le changement de position répété et la nécessité de pouvoir faire des pauses durant l'exacerbation des douleurs. »

Par décision du 7 avril 2011, le Service de l'emploi, Instance juridique chômage, a reconnu l'assurée inapte au placement à partir du 11 mars 2011, date de son inscription à l'Office régional de placement (ci-après : ORP), de sorte qu'elle ne pouvait prétendre au paiement d'indemnités de chômage. Le Service de l'emploi a relevé que l'assurée était en incapacité de travail à 100% dès fin 2009, qu'elle s'était annoncée à l'OAI le 17 mai 2010 et s'était exprimée dans un courrier en ces termes : « Etant [donné] mon état de santé actuel une activité salariale est impossible pour le moment [...] il m'est impossible de suivre quelque soit la mesure octroyée par l'ORP ». Compte tenu de l'annonce à l'OAI, l'incapacité de travail présentée par l'assurée ne pouvait être considérée comme passagère au sens de l'art. 28 LACI (loi fédérale sur l'assurance-chômage) et était susceptible de remettre en cause l'aptitude au placement, ne laissant pas subsister une capacité résiduelle de 20% au moins (art. 70 LPGA [loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales]). Le 21 septembre 2011, le Service de l'emploi a reconnu l'assurée apte au placement à 50%.

Dans un rapport du 13 septembre 2011, le Dr Q._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, médecin adjoint au Z._____, a indiqué que l'assurée était suivie depuis le 26 octobre pour un « déficit vestibulaire droit partiel » n'entraînant pas de limitations fonctionnelles ni incapacité de travail.

Par décision sur opposition du 23 septembre 2011, confirmant sa décision du 29 mars précédent, G._____ a mis fin au droit de l'assurée à l'indemnité journalière à 100%, avec effet au 1^{er} mars 2011. Elle se fondait sur l'appréciation du Dr D._____, faisant suite à l'examen du 7 décembre 2010 au cours duquel il avait pu personnellement constater la situation médicale et conclure à l'aptitude de l'assurée à reprendre une activité professionnelle à 100% dès le début mars 2011, en tenant compte de certaines limitations fonctionnelles. Par acte du 19 octobre 2011, V._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de cette décision, concluant à sa réforme en ce sens que le versement des indemnités journalières soit poursuivi à 100% du 1^{er} mars au 30 juin 2011 et à 50% dès le 1^{er} juillet 2011. Le recours a été admis par arrêt du 11 mars 2013 et le dossier renvoyé à G._____ pour mise en œuvre d'une expertise.

C. L'OAI a décidé la mise en œuvre d'un examen rhumatologique, lequel a été réalisé le 26 janvier 2012 au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) par le Dr L._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Le rapport, établi le 13 mars 2012, contenait un examen des documents au dossier, une anamnèse complète (antécédents familiaux, anamnèse professionnelle, antécédents personnels généraux, anamnèse actuelle, anamnèse par système, habitudes, vie quotidienne et contexte psychosocial), un status (général, neurologique et ostéoarticulaire), un exposé du dossier radiologique, des diagnostics et une évaluation du cas. Le Dr L._____ retenait une capacité de travail exigible de 75% dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. Il exposait en outre ce qui suit :

« **DIAGNOSTICS**

- avec répercussion durable sur la capacité de travail
 - cervico-dorsolombalgies plurifactorielles. M54.0
 - o séquelles de poliomyélite avec amyotrophie du membre inférieur droit.
 - o troubles statiques sur raccourcissement du membre inférieur gauche d'environ 1 cm.
 - o troubles dégénératifs modérés du rachis cervical avec discopathies étagées et uncarthrose C5-C6, C6-C7.

- o status après fracture-tassement de L1 avec déformation cunéiforme en décembre 2009.
 - o status après vertébroplastie de L1 en juillet 2010.
 - o troubles statiques et dégénératifs modérés débutants du rachis lombaire terminal.
 - o dysbalances musculaires.
- sans répercussion sur la capacité de travail
- hypothyroïdie substituée.
 - antécédent de déficit vestibulaire droit partiel.

EVALUATION DU CAS

[...]

En conclusion, cette assurée présente une symptomatologie douloureuse chronique rachidienne en relation avec des troubles statiques secondaires à des séquelles d'une poliomyélite, aggravés par la présence de troubles dégénératifs du rachis cervical et lombaire et par un status après fracture-tassement (post-traumatique) du plateau supérieur de L1 en décembre 2009. Les limitations dans les amplitudes articulaires constatées lors de l'examen au SMR sont en relation avec un déconditionnement musculaire, des dysbalances et une symptomatologie algique chronique. Le trouble neurologique présenté par l'assurée est séquellaire à la poliomyélite contractée dans l'enfance.

L'ensemble des lésions structurelles objectivées par les examens cliniques réalisés à ce jour et les différents examens complémentaires effectués sont à l'origine de limitations fonctionnelles dans des activités à forte charge ou nécessitant des positions statiques prolongées ou des positions en porte-à-faux et en antéflexion du rachis. L'activité habituelle de l'assurée (assistante médicale) peut être considérée comme une activité adaptée, raison pour laquelle une pleine capacité de travail est retenue, avec une diminution de rendement de 25%. Cette diminution de rendement s'explique par l'ensemble des limitations fonctionnelles retenues, la symptomatologie douloureuse persistante et les dysbalances musculaires non récupérables (en relation avec les séquelles de poliomyélite).

L'incapacité de travail totale décrite par son médecin traitant lors de son dernier rapport adressé à l'AI au mois de novembre 2011 ne peut se justifier sur le plan médical au vu du status clinique de ce jour.

L'évaluation du médecin traitant est empreinte d'une forte empathie et tient vraisemblablement compte de facteurs d'origine non médicale (socio-économique).

Limitations fonctionnelles

Absence de port de charges supérieures à 2,5 kg de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 7,5 kg. Pas de position statique assise au-delà d'1/2 heure, sans possibilité de varier les positions assise-debout immobile 2 fois à l'heure, de préférence à la guise de l'assurée. Pas de position statique debout immobile avec

piétinement, diminution du périmètre de marche à environ ½ heure, pas de montée ou descente d'escaliers, pas de position à genuflexion ou accroupie, pas d'activité en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance. Pas d'activité sur terrain instable ou en hauteur.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Le 29.12.2009 (à la suite de l'accident de la voie publique).

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

100% d'incapacité de travail jusqu'au 31.12.2010.

A partir du 1.01.2010, une capacité de travail de 50% est retenue dans son activité habituelle.

A partir du 1.03.2011, une pleine capacité de travail est retenue dans son activité habituelle, avec une diminution de rendement de 25% en relation avec les différentes limitations fonctionnelles retenues, la symptomatologie douloureuse persistante et les dysbalances musculaires constatées. »

Répondant à des questions posées par le SMR dans un courrier du 13 octobre 2011, le Dr P._____ a fait valoir ce qui suit, le 28 mars 2012 :

« 1. L'évolution de l'état de santé de Mme V._____ est défavorable, la patiente ne peut exercer une activité physique quelconque, ni faire son ménage en raison de sa pathologie lombaire post-traumatique, le tout aggravé par des séquelles de poliomyélite avec dysbalance au niveau lombaire avec répercussions ascendantes jusqu'au niveau cervical associés à des céphalées importantes. La notion de vertiges, investiguée au Z._____, avec un diagnostic de troubles vasculaires au niveau vertébro-basilaire a tendance à aggraver la situation, l'évolution à ce niveau n'est pas stabilisée.

2. Sa capacité de travail dans son activité habituelle peut être considérée comme nulle depuis l'accident du 29 décembre 2009.

3. + 4. Compte tenu de son handicap il paraît totalement irréaliste de vouloir proposer une activité professionnelle suivie, qui ne soit pas interrompue par des arrêts de travail et un absentéisme par ailleurs totalement justifiés par ses troubles, dans ces conditions une incapacité de travail à 100% devrait être retenue. Je vous mets au défi de trouver une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles de Mme V._____.

5. Il n'y a pas d'activité adaptée dans la situation actuelle du marché qui puisse être raisonnablement proposée à Mme V._____. »

Le 27 juin 2012, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision d'allocation d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} décembre 2010 au 31 mai 2011, soit à l'échéance du délai d'attente d'un an et jusqu'à trois mois après avoir récupéré une capacité de travail exigible de 75% (art. 88a al. 1 RAI [règlement sur l'assurance-invalidité]). Une aide au placement lui était en outre octroyée.

Par décision du 25 mars 2013, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} décembre 2010 au 31 mai 2011. Il a considéré que l'assurée avait dû cesser toute activité professionnelle le 27 décembre 2009 à la suite de l'accident de la circulation et présentait, depuis le 1^{er} mars 2011, sur la base de l'examen du SMR, une capacité de travail de 75% (soit à plein temps avec une diminution de rendement de 25%) dans son activité habituelle et dans toute activité adaptée.

D. V._____ a formé recours contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 25 avril 2013, concluant à sa réforme en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité lui soit accordé dès le 1^{er} juin 2011. Elle faisait valoir des contradictions entre le rapport du Dr L._____ et ceux de ses médecins traitants.

Par décision du 29 avril 2013, la juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 23 avril 2013 et désigné Me Jacques Micheli en qualité d'avocat d'office.

Dans sa réponse du 30 mai 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

La juge instructeur a décidé la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique, confiée au Dr S._____, médecin-chef à [...], chef clinique et coresponsable de l'unité du rachis du Z._____. Dans son rapport d'expertise du 10 mai 2014, le Dr S._____ a fait les constatations suivantes :

DIAGNOSTICS

Lombopyralgies G chroniques dans la cadre de

- St après fracture de L1 (26.12.2009)
- St après vertébroplastie de L1 (10.2010)
- Syndrome de Maigne probable
- Déconditionnement physique global

Dorsalgies basses

- Discarthrose D11-D12

Cervicalgies chroniques dans le cadre de

- Troubles statiques
- Dysbalances musculaires

Syndrome sous-acromial des épaules

Séquelles poliomyélite du membre inférieur droit

Prob HTA non traitée

Hypothyroïdie

DISCUSSION GLOBALE ET APPRECIATION

Cette personne connue pour des séquelles de poliomyélite, est victime d'un accident de circulation le 26.12.2009, avec perte de maîtrise de son véhicule, se soldant par une fracture lombaire L1. Cette fracture est traitée conservativement au z.____, sous la forme d'une immobilisation dans un corset plâtré pendant 3 mois. Dès l'ablation du corset, mise en place d'un traitement physique -physiothérapie- sans amélioration des douleurs. Dans ce contexte, Mme v._____ est adressée au Service de radiologie du z.____ où on procède à une vertébroplastie -10 mois après l'accident. Cette intervention apporte un soulagement de la symptomatologie douloureuse nocturne, mais n'a pas d'impact sur les douleurs quotidiennes. Dans ce contexte, avec une patiente ayant perdu sa place de travail comme assistante médicale, des problèmes persistent quant à une éventuelle capacité de travail résiduelle et dans une activité adaptée. Raison de la présente expertise.

Mme V._____ allègue des douleurs persistantes dans la région lombaire haute qui sont associées d'un côté à la vertèbre fracturée –même si la littérature ne démontre pas d'association entre le type de fracture séquellaire qu'a la recourante et une persistance de douleurs d'origine post-traumatique. Il est vrai que la cyphose résiduelle dans le segment incriminé n'est pas dans les limites reconnues de la littérature comme suffisante pour créer des douleurs¹⁷. Par contre d'un côté dans le segment adjacent, nous sommes confrontés à une discarthrose qui peut occasionner une surcharge de ce segment et de l'autre il ne faut pas oublier que Mme V._____ présente des séquelles d'une poliomyélite de son membre inférieur droit. Ce dernier élément perturbe d'un côté la marche, mais engendre aussi un trouble de la statique sagittale¹⁸. Ces deux éléments, associés à l'évaluation des capacités fonctionnelles démontrent bien qu'actuellement la capacité de travail résiduelle de cette personne ne dépasse pas 50% dans une activité adaptée. Ainsi l'évaluation des capacités fonctionnelles nous conforte dans notre évaluation clinique, avec ce que la littérature nous apprend sur les douleurs post-traumatiques. C'est ainsi clair que ce n'est de loin pas uniquement la cyphose résiduelle de < 20° qui engendre les douleurs, mais son association avec deux états préexistants, à savoir la discarthrose et les séquelles de poliomyélite qui diminuent la capacité de travail.

REPONSES AUX QUESTIONS DU TRIBUNAL

A) QUESTIONS CLINIQUES

1) ANAMNESE

Anamnèse professionnelle et sociale

Cf ci-dessus

Evolution de la maladie et résultats des thérapies

Cf ci-dessus

Données anamnestiques sans relation directe avec l'affection actuelle

Cf ci-dessus

2) PLAINTES ET DONNEES SUBJECTIVES DE L'ASSUREE

Cf sous plaintes actuelles ci-dessus

3) STATUS CLINIQUE

Status physique

Cf sous status clinique

Résultats des tests avec la méthode utilisée

Cf explications examen clinique en annexe

4) DIAGNOSTICS (SI POSSIBLE SELON CLASSIFICATION ICD-10)

4.1 : Diagnosics ayant une répercussion sur la capacité de travail

Depuis quand sont-ils présents ?

Lombopygalgies G chroniques dans le cadre de

- St après fracture de L1 (26.12.2009)
- St après vertébroplastie de L1 (10.2010)
- Syndrome de Maigne probable
- Déconditionnement physique global

Dorsalgies basses

- Discarthrose D11-D12

Cervicalgies chroniques dans le cadre de

- Troubles statiques
- Dysbalances musculaires

Syndrome sous-acromial des épaules

Séquelles poliomyélite du membre inférieur droit

4.2 : Diagnosics sans répercussion sur la capacité de travail

Depuis quand sont-ils présents ?

Prob HTA non traitée

Hypothyroïdie

5) APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC

cf sous discussion p 32-33

B) INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1) LIMITATIONS (QUALITATIVES ET QUANTITATIVES) EN RELATION AVEC LES TROUBLES CONSTATES

Au plan physique


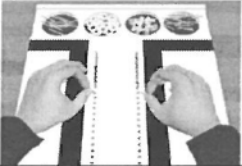
Evaluation des aptitudes physiques

(rarement, parfois ou souvent ; sur la base d'une journée de travail de 8 heures¹⁹)

	jamais	rarement (max)	parfois	souvent	Remarques et propositions
Manutention de charges / force (kg)					
<small>(-10 N)</small>					
Lever du sol à hauteur de la taille		7kg	4,5kg		
Lever de la taille à hauteur de la tête			7kg		
Lever horizontalement		8,5kg	4,5kg		
Porter de la main droite		7,5kg		2,5kg	
Porter de la main gauche		7,5kg		2,5kg	
Porter devant à 2 mains		11kg	7kg		
Force de la main droite (max)		25.3			légèrement inférieure à la norme (89.7% de la norme)
Force de la main gauche (max)		24.9			dans la norme
Positions et mobilité					
Travailler au-dessus des épaules		X			
Debout le tronc penché en avant			X		
Assis le tronc penché en avant		X			
Rotations en position debout				X	
Rotations en position assise				X	

¹⁹ Rarement = 1-5% (jusqu'à 30') ; parfois = 6-33% (de 30' à 3h) ; souvent = 34-66% (entre 3h et 6h au total).

Classification selon les niveaux d'effort (charges maximales à manipuler rarement) : sédentaire à très léger (jusqu'à 5 kg) ; léger (5-10 kg) ; de léger à moyen (10-15 kg) ; moyen (15-25 kg) ; lourd (25-45 kg) ; très lourd (> 45 kg).

	jamais	rarement (<i>max</i>)	parfois	souvent	Remarques et propositions
Activité à genoux				X	
Chevalier servant				X	
Position accroupie	X				
S'accroupir à plusieurs reprises	X				
Position assise			X		
Position debout (<i>sur place</i>)			X		
Déplacements					
Marcher			X		inférieure à la norme.
Pousser		X			
Tirer		X			
Monter les escaliers			X		
Dextérité					
Box and Block Test (Ce test mesure la capacité à transférer le plus de cubes possible, en une minute, d'un compartiment d'une boîte au compartiment adjacent) 	Main droite : 55 Main gauche : 53				
Main D	dans la norme				
Main G	dans la norme				
Purdue Pegboard (Ce test consiste dans le placement le plus rapide possible de petites tiges, de rondelles et d'écrous sur un tableau perforé) 	Main droite : 15 Main gauche : 14 Mains ensemble : 12 Assemblages : 24				

Au vu de l'augmentation discrète de la douleur et de la diminution des capacités fonctionnelles lors d'une activité prolongée, de la limitation modérée de l'endurance globale, il est nécessaire de proposer en situation de cumul des contraintes physiques, une réduction substantielle de la capacité de travail sous la forme d'une diminution du temps de présence.

Au plan social

Pas de limitation

2) INFLUENCE DES TROUBLES SUR L'ACTIVITE EXERCEE JUSQU'ICI

2.1 : Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Comme le relève l'évaluation des capacités fonctionnelles, Mme V. _____ n'arrive qu'à partiellement atteindre tous les objectifs nécessaires pour une reprise

professionnelle à 100%, avec de nombreuses compensations engendrant des surcharges et secondairement des douleurs.

Dans une telle situation, une activité comme assistante médicale ne pourrait se faire qu'à temps partiel, à 50%, avec une pause au milieu (ce qui correspondrait à environ 2 ¼ h le matin et 2h l'après-midi).

2.2 : Description précise de la capacité résiduelle de travail (limitations fonctionnelles)

Cf l'évaluation des capacités fonctionnelles complètes en annexe

2.3 : L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

A temps partiel, c'est-à-dire avec un taux à 50%, avec une pause au milieu (ce qui correspondrait à environ 2 ¼ h le matin et 2h l'après-midi)

2.4 : Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?
Oui, cf ci-dessus.

2.5 : Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?
depuis 27.12.2009.

2.6 : Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

100% : 27.12.2009 – 30.6.2011
50% depuis 1 juillet 2011

C) INFLEUNCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1) DES MESURES DE READAPTATION PROFESSIONNELLE SONT- ELLES ENVISAGEABLES ?

OUI.

* Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants :

- la possibilité de s'habituer à un rythme de travail
- l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social
- la mobilisation des ressources existantes

Vu le long absentéisme sur le plan professionnel, il faudrait débiter avec une présence professionnelle à 20%, un jour par semaine, mais auparavant il faudrait d'abord envisager un programme de reconditionnement physique actif –que la patiente n'a pas eu le loisir de suivre. Ceci pourrait se faire dans le cadre d'un programme de réhabilitation du rachis comme il est mené par l'unité du rachis au CHUV : ce qui implique un cadre stationnaire de 3 semaines de reconditionnement physique et ergonomique pour lui fournir les bons outils. C'est un programme de 5 jours/ semaine durant 3 semaines. Après ce programme une poursuite de reconditionnement physique global s'impose durant 6 à 8 mois. Mais durant cette période on pourrait après 4 à 6 mois débiter la reprise professionnelle progressive à 20% avec une augmentation progressive de 10% toutes les 3 à 4 semaines, en fonction de la tolérance –mais surtout en fonction des progrès physiques réels obtenus.

* Si non, pour quelles raisons ?

2) PEUT-ON AMELIORER LA CAPACITE DE TRAVAIL AU POSTE OCCUPE JUSQU'A PRESENT ?

2.1 : Si oui, par quelles mesures ? (p.ex.: mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail ?

Le poste de travail occupé par Mme V. _____ n'existe plus, depuis son licenciement, mais sinon les adaptations notées sous (C1) sont valables.

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?

3) D'AUTRES ACTIVITES SONT-ELLE EXIGIBLES DE LA PART DE L'ASSURE ?
En d'autres termes, au cas où les atteintes présentées par l'assurée engendreraient une incapacité de travail totale ou partielle dans sa profession habituelle, peut-elle exercer d'autres activités professionnelles adaptées à ses limitations fonctionnelles ?

Oui, mais les limitations notées ci-dessus sous (C1) restent toujours valables.

3.1 : Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ? Quelles sont les limitations fonctionnelles ?

Cf les limitations notées sous (C1).

3.2 : Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ?

Depuis quand ? à 50% dès 1.5.2011

3.3 : Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Depuis quand ?

Non

3.4 : Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?

Dans un rapport SMR du 2 juin 2014, les Drs B._____ et W._____ ont exposé que l'expertise rhumatologique du 10 mai 2014 ne comportait aucune contradiction et comprenait une évaluation fonctionnelle réalisée sur deux jours qui avait une valeur incontestable. Après lecture de ce rapport d'expertise, il convenait de conclure qu'il n'y avait pas de raison médico-asséculo-logique de s'écarter des conclusions de l'expert, tant pour les périodes d'incapacité de travail que pour la capacité de travail exigible de 50% depuis juillet 2011.

A la suite de cette expertise, l'OAI a convenu, le 10 juin 2014, que sa décision devait être réformée pour tenir compte de cette nouvelle évaluation, à savoir une capacité de travail estimée à 0% du 27 décembre 2009 au 30 juin 2011, puis à 50% dès le 1^{er} juillet 2011, et cela dans toute activité adaptée y compris l'activité habituelle d'assistante médicale.

Dans ses déterminations du même jour, la recourante s'est également ralliée aux conclusions de l'expert et a demandé à ce que l'OAI lui alloue les mesures de réadaptation préconisées par le Dr S._____ en pages 37 et 38 de son rapport.

Le 19 juin 2014, l'OAI a déclaré que les mesures proposées par l'expert n'étaient pas directement liées à l'invalidité.

Dans son écriture du 4 juillet 2014, se ralliant toujours aux conclusions du Dr S._____, la recourante a conclu à l'octroi d'une rente entière, motif pris que compte tenu des limitations fonctionnelles, il ne faisait aucun doute que le revenu qu'elle pouvait retirer de son activité habituelle ou dans une activité adaptée n'atteindrait pas 30% du gain réalisé avant l'accident. En outre, elle disait avoir droit à des indemnités journalières pour les mesures de réadaptation.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 69 al. 1 let. a LAI en dérogation à l'art. 58 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) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

En l'occurrence, le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les formalités prévues

par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il convient d'entrer en matière sur le fond.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, particulièrement une rente d'invalidité, pour la période postérieure au 31 mai 2011.

3. a) Le droit à une rente (art. 28 LAI) comme le droit au reclassement professionnel (art. 17 LAI) supposent que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente. 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 4 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 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 (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins en moyenne durant une année sans interruption notable. La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité. Ainsi, 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 (cf. art. 28 al. 2 LAI).

b) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus (art. 28a al. 1, 1^{ère} phrase, LAI). Pour cela, 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 (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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 (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; 104 V 135 consid. 2a et 2b ; TF 9C_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 3.1). 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. Lorsqu'on procède à une évaluation, celle-ci ne doit pas nécessairement consister à chiffrer des valeurs approximatives ; une comparaison de valeurs exprimées simplement en pour cent peut aussi suffire. Le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100%, tandis que le revenu d'invalide est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (comparaison en pour cent ; ATF 114 V 310 consid. 3a et les références ; TF 9C_25/2011 du 9 août 2011 consid. 6.1 et les références).

4. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéants, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements médicaux fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 (cf. ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a).

Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (cf. ATF 125 V 350 consid. 3b/cc et les références).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, 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 judiciaire 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 (cf. ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références citées).

5. En l'espèce, l'expert S._____ constate que l'assurée a présenté une incapacité totale de travail dans son activité d'aide médicale

du 27 décembre 2009 au 30 juin 2011, puis une incapacité de travail de 50% dès le 1^{er} juillet 2011 dans son activité habituelle et dès le 1^{er} mai 2011 dans une activité adaptée. Les conclusions de l'expertise du Dr S. _____ doivent dès lors être suivies, étant précisé qu'elle souscrit aux réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante (cf. consid. 4 *supra*). Ce rapport décrit clairement, de manière fouillée, tous les points importants, l'appréciation de la situation médicale est bien expliquée et les conclusions de l'expert sont motivées. Par ailleurs, dans leurs déterminations du 10 juin 2014, les parties s'y rallient.

Partant, il convient de retenir, à l'instar de l'OAI, que l'assurée a présenté une incapacité de travail totale du 27 décembre 2009 au 30 juin 2011, puis de 50% dès le 1^{er} juillet 2011, étant relevé que les deux dates retenues par l'expert (1^{er} mai 2011 et 1^{er} juillet 2011) ne se justifient pas, lui-même attestant que l'activité habituelle est adaptée.

6. Il est ainsi établi que la recourante présente une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle ; il en va de même dans une activité adaptée.

Selon la jurisprudence, dans une telle situation, le degré d'invalidité est identique au taux de l'incapacité de travail (application de la méthode de la comparaison en pour cent, cf. consid. 3b *supra* ; TF 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.5 ; TF 9C_947/2008 du 29 mai 2009 ; TF 9C_396/2009 du 12 février 2010 consid. 3.2). Rappelons que l'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain. Ainsi, le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (cf. TF I 383/06 du 5 avril 2007 et les références citées).

Il n'y a dès lors pas lieu, en l'occurrence, de procéder à une approche médico-théorique de l'invalidité de la recourante et à un éventuel abattement pour des limitations fonctionnelles importantes ou

d'autres motifs. Le taux d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, lequel tient déjà compte de toutes les limitations fonctionnelles de l'assurée, celles-ci ayant de plus été testées lors d'une évaluation fonctionnelle dans le cadre de l'expertise.

La recourante ne donne au demeurant aucune explication tendant à justifier qu'elle ne pourrait pas retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail (art. 16 LPGA).

Il s'ensuit que l'OAI doit reconnaître à la recourante le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} décembre 2010 au 30 septembre 2011 (art. 28 et 29 LAI) et à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2011 (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

7. En pages 37 et 38 de son rapport d'expertise, citées en page 13 du présent arrêt, le Dr S._____ expose, s'agissant des mesures de réadaptation professionnelle envisageables, qu'au vu du long absentéisme sur le plan professionnel, il faudrait envisager un programme de reconditionnement physique que la patiente n'a pas eu le loisir de suivre ; après quatre à six mois, la reprise progressive du travail pourrait se faire en parallèle. Selon proposition de l'expert, de telles mesures pourraient se faire dans le cadre d'un programme de réhabilitation du rachis au Z._____.

La recourante demande la mise en œuvre immédiate des mesures préconisées par le Dr S._____ à titre de mesures de réadaptation professionnelle. Il s'agit en particulier d'un reconditionnement physique actif, suivi d'un reconditionnement physique global accompagné d'une reprise progressive de l'activité professionnelle.

Selon un principe général en assurance-invalidité, la réadaptation prime le droit à la rente. De manière générale, le droit à la réadaptation doit être mis en œuvre avant l'octroi d'une rente. Or en l'occurrence, aux termes de son expertise, le Dr S._____ n'a pas fixé la

capacité résiduelle de travail de la recourante en émettant la réserve que celle-ci ne puisse être atteinte, au moment de son examen, que moyennant l'exécution préalable de mesures de réadaptation. Ainsi, du point de vue médical, l'octroi préalable de mesures de réadaptation ne constituait pas une condition *sine qua non* pour permettre à l'assurée d'accroître sa capacité fonctionnelle de travail (TF 9C_99/2012 du 24 septembre 2012 consid. 5 et les références). En effet, le Dr S._____ a fixé le début de l'augmentation de la capacité résiduelle de travail de l'assurée au 1^{er} mai/1^{er} juillet 2011.

Partant, il s'agit d'une mesure actuellement envisageable et souhaitable que la recourante doit entreprendre de son propre chef, non pas d'une mesure de réadaptation à laquelle devait l'astreindre l'intimé et qui serait à la charge de l'assurance-invalidité.

Au surplus, on rappellera que la recourante a droit à une mesure de placement.

8. a) A l'aune de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens qu'une rente entière d'invalidité est due à la recourante du 1^{er} décembre 2010 au 30 septembre 2011 puis une demi-rente d'invalidité, à compter du 1^{er} octobre 2011.

b) Ayant obtenu partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à des dépens réduits (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA). Le montant de ces derniers étant déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige, il convient de les fixer équitablement à 2'500 francs. Ce montant couvre en outre l'indemnité d'office à laquelle le conseil de la recourante a droit.

c) Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont mis à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours déposé le 25 avril 2013 par V._____ est partiellement admis.

- II. La décision rendue le 25 mars 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que V._____ a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité du 1^{er} décembre 2010 au 30 septembre 2011, puis à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2011.

- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à V._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jacques Micheli (pour V._____)
- 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 :