

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 octobre 2017

Composition : M. MÉTRAL, président
MM. Bidiville et Riesen, assesseurs
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

G. _____, à [...], recourante,

et

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

**Art. 6, 7, 8, 16 et 17 LPGA ; art. 4, 28 al. 1, 28a et 29 al. 1 LAI ;
art. 27 bis RAI**

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...] mère de deux enfants nés en [...] et [...], a travaillé depuis mai 2005 comme auxiliaire de santé à temps partiel pour le compte de la S. _____.

L'assurée a présenté une totale incapacité de travail dès le 20 avril 2014, en raison de troubles sensitivomoteurs du membre supérieur droit. Elle a consulté le D. _____ (ci-après : D. _____) et y a été hospitalisée du 21 au 28 avril 2014, au Service de neurologie.

Une imagerie par résonance magnétique (IRM) cervicale du 23 avril 2014 a mis en évidence une hernie discale C4-C5 droite avec uncarthrose associée, entraînant une compression de la racine C5 droite ainsi que des discopathies cervicales pluri-étagées avec canal cervical étroit C4-C5 et C6-C7, sans myélopathie associée.

Le 5 mai 2014, l'assurée s'est encore soumise à une IRM de l'épaule droite, laquelle a permis de constater un remodelé modérément inflammatoire acromio-claviculaire avec une petite touche de bursite sous-acromio-sous-deltoïdienne irritative associée et quelques subtiles petites lésions millimétriques sous-chondrales humérales d'insertion, comme reflet d'une touche irritative chronique de la coiffe, avec des tendons actuellement néanmoins sans remaniement significatif.

Dans un rapport du 7 mai 2014, le Dr R. _____, spécialiste en neurologie, a retenu un syndrome radiculaire C5 droit déficitaire sur le plan moteur, sur une hernie discale bien documentée à l'examen IRM, C4-C5, foraminale, entrant en conflit avec la racine C5. Au chapitre de l'anamnèse, le neurologue explique que le 20 avril 2014, au réveil, l'assurée a présenté une faiblesse du bras droit, proximale. La patiente ne mentionnait pas de nettes cervico-brachialgies, tout au plus quelques douleurs de l'épaule et scapulaires, jugées parfaitement supportables. Elle avait été hospitalisée au D. _____, dont elle était sortie sans traitement

spécifique, l'évolution allant dans le bon sens. Le Dr R._____ a encore relevé que l'assurée n'avait pratiquement pas de douleur et que le déficit moteur allait progressivement en s'améliorant ; son pronostic était favorable.

Dans un rapport du 20 mai 2014, le Prof. M._____ et le Dr A._____, respectivement médecin adjoint et chef de clinique au Service de neurologie du D._____, ont confirmé l'hospitalisation de l'assurée dans leur service du 21 au 28 avril 2014. Ils ont posé les diagnostics principaux de radiculopathie C5 droite déficitaire sur le plan moteur avec parésie M4 bicipitale et parésie M3 du deltoïde droit, d'origine compressive, dans le cadre d'une hernie cervicale C4-C5 sans myélopathie associée et de canal cervical étroit au niveau C4-C5 et plus modérément au niveau C6-C7, sans myélopathie associée. Les médecins ont précisé que leurs confrères neurochirurgiens avaient préconisé une décompression neurochirurgicale, à laquelle la recourante avait toutefois renoncé, compte tenu des risques inhérents à une telle intervention.

Le 4 juin 2014, le Dr R._____ a examiné l'assurée et a renseigné la Dresse F._____, médecin traitant, en ces termes :

« Subjectivement, l'évolution va dans le bon sens. Il persiste quelques douleurs, mécaniques, lors de mouvements de l'épaule, de la nuque. La patiente fait de la physiothérapie, prend encore de l'Irfen, du Dafalgan en réserve.

Au status la nuque est souple. Le réflexe bicipital est toujours émoussé à droite. A l'examen de la force, la patiente a bien récupéré. Il persiste une discrète limitation de l'abduction de l'épaule, mais contre résistance, les muscles sont M5. Il n'y a pas de déficit sensitif.

Pour la suite, la patiente peut poursuivre la physiothérapie, les antidouleurs à la demande. Compte tenu de l'évolution favorable, je n'ai pas prévu de revoir la patiente (...) »

Le 8 décembre 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), au motif qu'elle souffrait d'une épaule paralysée et d'une hernie cervicale. Elle a indiqué qu'elle travaillait à 70% pour la S._____ depuis le 23 mai 2005.

Dans un rapport du 18 décembre 2014 à l'OAI, la S. _____ a indiqué que l'assurée travaillait à hauteur de 5,81 heures par jour, soit 29,05 heures par semaine, depuis 2007, pour un salaire annuel actuel de 55'404 fr. 65.

Le 22 décembre 2014, l'assurée a fait savoir à l'OAI que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait comme auxiliaire de santé à 100%, par nécessité financière, précisant que son époux percevait des prestations mensuelles de l'AVS à hauteur de 2'200 francs.

Le 6 janvier 2015, l'assurée a bénéficié d'une infiltration épidurale par le Dr V. _____, spécialiste en anesthésiologie et en traitement interventionnel de la douleur auprès du Service d'antalgie de I. _____, à W. _____.

Dans un rapport du 11 janvier 2015 à l'OAI, la Dresse F. _____ a posé les diagnostics incapacitants de hernie cervicale C4-C5 droite décompensée (1^{er} épisode) depuis environ 2000 et de tendinopathie mixte : coiffe des rotateurs et long chef du biceps, depuis 2014. La Dresse F. _____ a précisé qu'en 2014, elle avait constaté une épaule gelée, avec impossibilité d'élever le bras contre résistance. La rotation restait limitée et l'assurée connaissait des douleurs à la face antérieure de l'épaule au niveau de la nuque. L'articulation avait recouvré une bonne mobilité à l'élévation et la mobilité de la nuque était bonne. Le médecin traitant a attesté une totale incapacité de travail du 20 avril 2014 au 14 février 2015. L'assurée se trouvait dans l'impossibilité de porter des objets de 2 à 3 kg et ne pouvait donc pas soutenir un patient comme son travail de soins à domicile l'exigeait. La Dresse F. _____ a précisé que selon la réponse au traitement et à l'infiltration pratiquée le 6 janvier 2015, une reprise du travail pourrait s'envisager. La rééducation avait permis d'améliorer progressivement la motricité, mais il persistait une faiblesse du membre supérieur au niveau proximal et des douleurs dans la nuque irradiant sur l'épaule. En septembre 2014, la patiente avait bénéficié d'une infiltration pratiquée par le Dr T. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et vu la

persistance des nuccalgies, elle avait été adressée au Service d'antalgie de I._____, à W._____.

Dans un rapport du 13 janvier 2015 à l'OAI, le Dr T._____ a indiqué avoir examiné l'assurée à trois reprises entre le 27 août et le 21 octobre 2014, en raison de douleurs à la mobilisation de l'épaule et d'un testing positif pour une tendinopathie de la coiffe des rotateurs. Il a précisé qu'il n'avait pas « prescrit de certificat médical » et qu'il ne pouvait dès lors pas se prononcer sur une éventuelle reprise de travail pour un arrêt qu'il n'avait pas rédigé. Le Dr T._____ a émis un pronostic normalement favorable sur le plan fonctionnel, précisant que le traitement consistait en physiothérapie.

Une IRM cervicale du 31 mars 2015 a permis de constater l'absence de changement significatif de la saillie disco-ostéophytaire C4-C5, du rétrécissement du canal spinal et des deux trous de conjugaison depuis le dernier examen en avril 2014. Une petite hernie discale paramédiane droite C3-C4 était apparue, « chatouillant à peine la face antérieure droite de la moelle ». L'assurée ne présentait toujours pas de lésion médullaire.

Interpellé par l'OAI, le Dr C._____, nouveau neurologue traitant, s'est prononcé dans un rapport du 2 septembre 2015. Il a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de douleurs de l'épaule droite d'origine indéterminée, depuis avril 2014, précisant avoir pris en charge la patiente du 23 mars au 21 avril 2015. Il a fait état d'un pronostic incertain, l'atteinte (une tendinopathie ou une arthropathie) n'étant pas identifiable. Le neurologue a indiqué qu'il n'avait pas délivré d'arrêt de travail au plan neurologique, mais que l'assurée connaissait des limitations au niveau du port de charges et des manipulations des patients, en raison de ses douleurs. Le Dr C._____ a transmis à l'office :

- un rapport adressé le 21 avril 2015 à la Dresse F._____, à teneur duquel le neurologue avait retenu les diagnostics de douleurs cervicales avec contractures étendues, de hernie cervicale C4-C5 droite (selon IRM du 23 avril 2014) et de troubles moteurs d'allure

fonctionnelle dans un contexte de troubles thymiques réactionnels. Le Dr C. _____ y avait apprécié la situation de l'assurée en ces termes :

« (...)

Mon examen clinique ne permet pas de mettre en avant un territoire bien défini, ni la présence d'une radiculopathie en rapport avec les lésions connues. J'observe surtout une patiente relativement anxieuse, fatiguée et qui présente des signes de surcharge.

Etant donné que la dernière imagerie cervicale datait de 12 mois, je me suis permis de répéter cet examen à la recherche d'une évolution pouvant expliquer la persistance de douleurs aussi invalidantes. L'IRM cervicale du 31 mars 2015 ne démontre pas de conflit radiculaire pouvant contribuer à l'ensemble des symptômes et je n'ai pas retrouvé d'image compatible avec une hernie C4-C5 à droite.

Le rétrécissement du canal médullaire est inchangé.

Cet examen est donc rassurant et n'offre pas d'éléments en faveur d'une compression radiculaire ni de myélopathie.

Au vu de la fatigue dont elle se plaint et l'absence d'effet, selon madame, du traitement par Lyrica, je lui ai proposé un sevrage lent qui semble être modérément bien toléré, puisque la patiente me donne des informations contradictoires en soulignant l'inefficacité du traitement de Prégabaline, mais en contrepartie justifie une augmentation de la consommation d'AINS [anti-inflammatoire non-stéroïdien] en raison de l'augmentation des douleurs.

(...)

Proposition (s)

Dans le contexte de ces douleurs chroniques, il pourrait être recommandé d'augmenter le Cymbalta jusqu'à une dose maximale de 120mg. Il s'agit de recommandations dans les cas de douleurs centrales, et bien que ce ne soit pas le cas ici, cela pourrait apporter un bénéfice. (...) »

- un rapport d'examen électromyographique (EMG) du 19 juin 2015 du Dr X. _____, spécialiste en neurologie, selon lequel la neurographie du nerf axillaire droit montrait une latence distale motrice physiologique. L'amplitude de la réponse motrice était dans la norme et comparable au côté gauche. Les EMG des muscles d'innervation C5 (deltoïde, sus-épineux) et C6 (biceps brachii) ne montraient pas de signes de dénervation chroniques ni aigus.
- un rapport adressé par ses soins le 25 juin 2015 à la Dresse F. _____, dans lequel il précisait qu'à la recherche d'une implication radiculaire pour les douleurs et les faiblesses du bras de l'assurée, il avait fait procéder à une IRM cervicale le 31 mars 2015 et à un EMG le 19 juin 2015. L'IRM n'avait pas démontré de conflit radiculaire pouvant

contribuer à l'ensemble des symptômes et n'offrait pas d'éléments en faveur d'une compression radiculaire ni de myélopathie. Quant à l'EMG, il s'était avéré normal et écartait raisonnablement une implication neurologique dans les symptômes présentés. Il n'y avait en effet pas de souffrance objectivable sur les nerfs testés, ni d'atteinte musculaire chroniques des trois nerfs examinés.

Le 7 octobre 2015, le Service d'anesthésiologie et d'antalgie de I._____ a transmis à l'OAI ses rapports des 11 novembre 2014, 6 janvier 2015 et 3 mars 2015. Lors de la première consultation, le Dr V._____ a posé les diagnostics de cervico-brachialgies droites associées à une hernie discale C4-C5 et à un déficit moteur probablement C5 droit, d'arthropathie de l'épaule et de rhinite pollinique. Le médecin a constaté une discrète chute du membre supérieur droit à l'épreuve des bras tendus ainsi qu'une discrète faiblesse motrice dans l'action de fermeture et de flexion des doigts. Par contre, il n'a observé aucun déficit sensitif. Lors de la consultation du 3 mars 2015, le Dr V._____ a constaté que l'infiltration pratiquée le 6 janvier 2015 n'avait pas eu d'effet positif, l'assurée ayant même ressenti une péjoration durant les premières 48 heures. Un nouvel examen neurologique effectué le 3 mars 2015 avait mis en évidence un déficit moteur discret avec une discrète chute à l'épreuve des mains tendues et une discrète asymétrie de la diadococinésie. L'assurée ne présentait toutefois toujours aucun déficit sensitif.

Dans un rapport du 20 juillet 2015 à la B._____, assureur perte de gain maladie, la Dresse F._____ a noté « une très nette amélioration de la situation, considérant le status et l'indication à opérer qui avait été retenue en avril 2014 ».

Selon une proposition de décision de principe du 11 novembre 2015, l'assurée avait repris le travail à titre thérapeutique au début octobre 2015, à 20%, sous l'égide de la B._____. Le gestionnaire du dossier auprès de l'OAI indiquait qu'en cas de succès de cette reprise, l'office pourrait la poursuivre dans le cadre de mesures de réinsertion, afin

de permettre à l'assurée de retrouver son autonomie professionnelle ainsi que son taux d'activité contractuel.

Dans un rapport du 19 novembre 2015 à l'OAI, le Dr R. _____ a indiqué que sa patiente ne présentait plus d'atteinte avec effet sur la capacité de travail. La hernie discale C4-C5 gauche n'était plus incapacitante et il n'existait plus aucune restriction fonctionnelle au plan neurologique. L'assurée disposait d'une capacité de travail de 100% dans son activité habituelle, sans baisse de rendement. La dernière consultation avait eu lieu le 4 juin 2014.

Aux termes d'un avis du 3 décembre 2015, le Dr H. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a retenu comme atteinte principale à la santé des cervicalgies chroniques non déficitaires dans un contexte de hernie C4-C5 (M50.2). Au titre des pathologies associées du ressort de l'AI, le Dr H. _____ a mentionné une tendinopathie mixte de la coiffe des rotateurs et du long biceps à droite, traitée. Il a estimé que l'activité habituelle n'était plus exigible, mais que l'assurée disposait d'une entière capacité de travail depuis juin 2014 (dernière consultation de neurologie du Dr R. _____) dans une activité adaptée, soit une activité sédentaire ou semi-sédentaire sans port de charges lourdes supérieures à 5-7 kg, sans flexions-rotations répétées du cou, sans gestes demandant de maintenir les coudes au-dessus du plan des épaules ni de soulever des charges de plus de 1-2 kg à bout de bras à droite, sans conduite de véhicule et sans usage de machine vibrante.

Il ressort d'une note d'entretien du 18 décembre 2015 que l'assurée poursuivait sa reprise de travail thérapeutique, que dès le début décembre 2015, son taux de travail avait été porté à 30% (de son taux habituel de 70%) et que dès le début janvier 2016, elle travaillerait à 40% (d'un 100%).

Selon une note d'entretien du 13 janvier 2016, l'assurée a fait savoir à l'OAI que l'augmentation de son taux de travail se déroulait bien. Une seconde infiltration effectuée le 6 octobre 2015 avait cette fois été

bénéfique. L'intéressée a précisé qu'elle réfléchissait sérieusement à diminuer son taux d'activité de « 20% de son taux actuel qui est de 70% », pour des motifs liés à la préservation de son état de santé mais également à l'organisation de sa vie privée.

Le 23 mars 2016, le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a établi la note suivante :

« Notre assurée nous informe que son retour se déroule toujours dans de bonnes conditions.

Comme discuté lors de notre séance du 4 février dernier auprès de son employeur, elle a repris son AH [activité habituelle] à 50% d'un taux de 100% depuis le lundi suivant (le 8). Elle n'est plus en surnuméraire et gère elle-même ses propres tournées, au niveau des soins à prodiguer et des tâches administratives.

Elle nous confirme qu'elle n'augmentera pas son taux d'activité et que dès la fin de son droit aux IJ [indemnités journalière] de l'APG [assurance perte de gain] (18.04.2014), elle sera sous contrat de travail à 50% au lieu du 70% actuel. »

Le 30 mai 2016, le spécialiste en réinsertion professionnelle a établi le rapport final suivant :

« Résumé de la situation personnelle du bénéficiaire

Assurée âgée de 4 [...] ans ([...]), qui a déposé une demande AI, le 08.12.2014. Titulaire d'un diplôme d'auxiliaire de santé obtenu auprès de la Croix-Rouge en 1999, elle travaille auprès de S._____, en qualité d'auxiliaire de santé, depuis le 23.05.2005. Son taux d'activité est de 70%, pour un RS [revenu sans invalidité] de CHF 52820.- en 2013 selon le CI [compte individuel AVS]. Elle a été en IT [incapacité de travail] totale du 21.04.2014 au 30.09.2015, suite à une hernie cervicale C4-05 droite décompensée et une tendinopathie mixte coiffe des rotateurs et le long chef du biceps épaule droite. Ensuite une reprise thérapeutique est mise en place sous l'égide de l'APG [assurance perte de gains] comme suit. Présence en surnuméraire à 20% du 01.10 au 30.11.2015, à 30% du 01 au 31.12.2015, à 40% du 01.01 au 07.02.2016 et enfin à 50% de façon autonome, dès le 08.02.2016.

Résumé des mesures professionnelles mises en place et résultats :

Dès le 01.10.2015, nous avons suivi en collaboration avec l'employeur et l'APG, dans le cadre de l'IP [intervention précoce] et ensuite de la REA [réadaptation], la reprise de l'AH [activité habituelle] de notre assurée sur son lieu de travail. Ce retour au sein de son CMS [centre médico-social], s'est déroulé de façon positive, elle a été très bien encadrée par sa responsable, de même que par ses collègues avec qui elle a travaillé en binôme sur les tournées auprès des bénéficiaires au début. Ses tâches

ont d'abord été adaptées en fonction de ses limitations fonctionnelles, notamment le port de charges lourdes. Le 04.02.2016, elle nous informe lors d'une séance auprès de son employeur, qu'elle a pris la décision de baisser son taux contractuel de 20%, en passant de 70 à 50%. Ceci est un choix personnel de notre assurée, qui va pouvoir bénéficier de plus grandes périodes de récupération. Et dont elle peut assumer le préjudice économique qui en découle.

Conclusion :

Le droit aux versements des IJ de l'APG (730 jours) s'est éteint le 18.04.2016. Ensuite un avenant au contrat de travail de notre assurée précise qu'à partir du 19.04.2016, son taux d'occupation passe de 70 à 50%, avec un nouveau salaire brut mensuel de 2'600.- (33'800.-annuel).

Au vu de ce qui précède, nous pouvons clore notre mandat REA, notre assurée ne souhaitant pas réorienter sa carrière professionnelle vers une AA [activité adaptée]. »

Selon une fiche de calcul du 30 mai 2016, l'OAI a arrêté le revenu sans invalidité de l'assurée à 53'668 fr. et le revenu d'invalidité à 33'159 fr., compte tenu d'un abattement de 10% justifié par les limitations fonctionnelles de l'assurée. Le préjudice économique découlant de la comparaison de ces revenus était de 38,21%.

Une enquête économique sur le ménage a été réalisée par l'OAI au domicile de l'assurée le 2 août 2016. Dans le rapport établi le 8 août 2016, l'enquêtrice a retenu une part active de 70% et une part ménagère de 30% jusqu'au 30 avril 2016, puis une part active de 100% dès le 1^{er} mai 2016. Elle a constaté qu'avant d'être atteinte dans sa santé, l'assurée avait toujours travaillé à un taux de 70%, pour améliorer la qualité de vie de sa famille tout en gardant du temps pour s'occuper du ménage et de ses enfants. Son conjoint ayant quitté le domicile le 1^{er} mai 2016, elle travaillerait dorénavant à 100%, par nécessité financière. L'enquêtrice a constaté un empêchement au ménage de 7% (par rapport à un 100%).

Par projet de décision du 16 août 2016, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il envisageait de refuser l'octroi d'une rente d'invalidité. Retenant que l'intéressée n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle à 70% depuis le 20 avril 2014 et qu'elle travaillait en tant

qu'auxiliaire de santé à 50% depuis le 1^{er} mai 2016, l'office a estimé qu'elle disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, respectant ses limitations fonctionnelles. Pour la période courant jusqu'au 30 avril 2016, l'assurée subissait un préjudice économique de 38,21% sur la part active et de 7% sur la part ménagère, soit un degré d'invalidité de 28,84% après pondération en fonction du statut de l'assurée (active à 70% et ménagère à 30%). Puis dès le 1^{er} mai 2016, compte tenu d'une part active à 100%, le taux d'invalidité s'élevait à 38,21%, toujours insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

L'assurée a fait part de ses objections au projet de décision précité le 15 septembre 2016. Elle a contesté le calcul d'invalidité de l'OAI, dans la mesure où elle a repris le travail dans son activité habituelle, au taux maximum dont elle était capable. Elle explique que les tâches répétitives sont ce qu'il y a de pire pour elle et que, selon le Dr V._____, un travail, même de contrôle, derrière un ordinateur ne serait pas possible à cause de sa hernie cervicale. L'assurée en a conclu que son activité habituelle était adaptée à sa situation, mais qu'elle n'était pas capable de l'exercer à plus de 50%.

Dans un rapport du 19 septembre 2016 à l'OAI, la Dresse F._____ a fait savoir que l'activité habituelle de l'assurée, exercée à 50%, était adaptée à son état de santé, car elle permettait notamment de réduire les tensions musculaires par des étirements entre chaque patient et de se reposer entre les soins du matin et de l'après-midi. Le médecin traitant a encore ajouté :

« L'exigence de reprise d'une activité à 100% même dans une activité adaptée nécessitant de rester durant de longues heures à un même poste de travail avec des gestes répétitifs et sans possibilité de pauses régulières pourraient entraîner à brève échéance une aggravation des douleurs, en particulier au niveau des cervicales. Par conséquent la patiente s'exposerait à devoir augmenter sa médication, avec le risque de développer des effets secondaires dont certains rendent difficile le maintien d'une activité professionnelle à plein temps. Le poste actuel dans l'activité professionnelle exercée jusqu'ici est adapté aux problèmes de santé dont souffre Madame G._____ et exiger d'elle une activité à 100% dans une activité adaptée semble peu réaliste. »

Le Dresse F._____ a transmis un rapport du 18 janvier 2016 du Dr V._____, selon lequel la situation restait relativement difficile. Le 27 novembre 2015, l'anesthésiste avait procédé à des blocs facettaires C3-C4 et C4-C5 droit et, au contrôle de janvier 2016, la situation lui semblait relativement stable. Le Dr V._____ précisait encore qu'il avait encouragé la patiente dans son idée de reprendre son activité professionnelle, ce d'autant plus qu'elle se déclarait spontanément moins sujette aux douleurs durant les activités professionnelles que lorsqu'elle restait au repos.

Dans un avis du 11 octobre 2016, le Dr H._____ a indiqué que l'activité habituelle de l'assurée n'était plus exigible et que, compte tenu des éléments apportés par la Dresse F._____ dans son rapport du 19 septembre 2016, il convenait d'ajouter aux limitations fonctionnelles la nécessité de varier la position au gré des besoins de l'assurée. Le Dr H._____ a encore précisé que le rapport du 18 janvier 2016 du Dr V._____ ne contredisait pas la position du SMR, de sorte que celle-ci était maintenue.

Par décision du 19 octobre 2016, l'OAI a confirmé son projet du 16 août 2016 et refusé l'octroi d'une rente d'invalidité.

B. Par acte du 17 novembre 2016, G._____ a recouru contre la décision du 19 octobre 2016 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à sa réforme, dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle explique que son poste d'auxiliaire de santé a été adapté à sa situation et respecte ses limitations fonctionnelles. Pourtant, malgré le suivi régulier de son traitement, elle est obligée de se reposer régulièrement pour parvenir à gérer ses douleurs, de sorte qu'une activité à 100% n'est pas envisageable, pas même dans un poste adapté. La recourante estime également qu'un travail simple et répétitif ne serait pas une solution, les gestes répétitifs étant des plus pénibles. Elle se réfère sur ce point au rapport de la Dresse F._____ du 19 septembre 2016, figurant déjà au dossier de l'intimé. La recourante produit également un courrier du Centre médico-social L._____,

définissant ses tâches et confirmant leur conformité aux limitations fonctionnelles retenues par l'OAI. La recourante fait également valoir que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100%. Elle précise à cet égard qu'elle a finalement réalisé que depuis qu'elle est séparée de son mari, avec ses deux filles mineures à charge, il n'est plus envisageable de travailler à 50%.

Le 21 décembre 2016, le juge instructeur a mis l'assurée au bénéfice de l'assistance judiciaire sous forme d'une exonération d'avances et des frais judiciaires.

Dans une réponse du 2 février 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise.

Par réplique du 24 février 2017, la recourante a précisé ses conclusions dans le sens de l'octroi d'un quart de rente d'invalidité au moins. Elle a revendiqué la prise en considération d'un taux d'abattement d'au moins 15% sur son salaire d'invalidé, au lieu des 10% retenus par l'intimé.

Aux termes d'une duplique du 13 mars 2017, l'intimé a fait savoir que le taux d'abattement de 10% ressortant de la décision querellée prenait largement en compte les limitations fonctionnelles de l'assurée, y compris l'obligation de varier les positions.

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 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. 56 et

58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Selon l'art. 93 let. a 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), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, composée de trois magistrats (art. 94 al. 4 LPA-VD), est compétente pour statuer.

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile, devant le tribunal compétent et dans le respect des conditions de formes prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

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 (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et 125 V 413 consid. 2c et les références ; TF 8C_245/2010 du 9 février 2011, consid. 2).

b) Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Constitue une 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 (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LAI). S'il veut préserver tous ses droits, l'assuré doit ainsi déposer une demande à l'AI au tard six mois après la survenance de son incapacité de gain. S'il le fait plus tard, il perd son droit pour chaque mois de retard (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Schulthess 2011, p. 538 n° 2190) La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI).

Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou

lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 p. 349 ss, 113 V 273 consid. 1a, 112 V 371 consid. 2b, 387 consid. 1b). Constitue notamment un motif de révision la modification des critères d'évaluation de l'invalidité, dont notamment le statut de l'assuré (statut de personne active ou statut de personne occupée aux tâches ménagères).

c) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu hypothétique 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). L'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI). Enfin, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit en outre ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'art. 28a al. 2 LAI pour cette activité-là. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels, puis calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question. L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et 125 V 146). C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27 bis RAI).

Pour évaluer le taux d'invalidité d'une personne travaillant dans son ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacun des travaux habituels. De longue date, le Tribunal fédéral a admis la conformité de cette pratique

(TF 9C_467/2007 du 19 mars 2008 consid. 3.3). Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6.1, 128 V 93 ; cf. TF 9C_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3).

La réponse apportée à la question de savoir à quel taux d'activité la personne assurée travaillerait sans atteinte à la santé dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles. Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui en quant que fait interne ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (ATF 130 V 393 consid. 3.3 ; TF 9C_64/2012 du 11 juillet 2012, consid. 5.2 et la référence).

4. a) Dans le cas d'espèce, l'intimé a considéré que, jusqu'au 30 avril 2016, sans atteinte à la santé, la recourante aurait exercé une activité lucrative à 70% et consacré les 30% restants aux tâches ménagères. Dès le 1^{er} mai 2016, compte tenu de la séparation d'avec son conjoint, l'OAI lui a reconnu un statut de personne active à 100%. Il a ainsi procédé à une évaluation de l'invalidité selon la méthode mixte, sur la base d'une part active de 70% et d'une part ménagère de 30%, pour la période du 1^{er} avril 2015 au 30 avril 2016, puis selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus, dès le 1^{er} mai 2016.

Cette appréciation est convaincante. L'assurée est mère de deux enfants, nés en [...] et [...]. Certes, dans le cadre de la procédure administrative, elle a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 100%, (cf. questionnaire de détermination du statut du 22 décembre 2014). Ses affirmations ne suffisent toutefois pas à établir au degré de la vraisemblance prépondérante qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à plein temps durant toute la période concernée par sa demande de prestations. En effet, comme le relève à juste titre l'enquêtrice de l'OAI dans son rapport du 8 août 2016, l'assurée a toujours travaillé à 70%. Ceci est confirmé par l'employeur, qui a attesté que l'assurée avait travaillé depuis 2007 à raison de 29,05 heures par semaine (sur 41,5 heures, soit 70%), pour un salaire annuel de 55'404 fr. 65 en 2014. Il ressort du compte individuel AVS de l'assurée qu'à aucun moment, depuis 2000, son salaire n'a excédé ce montant. Il a au contraire toujours été compris entre 40'000 et 50'000 fr., pour s'élever une seule fois, en 2007, à 54'648 francs. Ceci permet d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assurée n'a pas travaillé à plus de 70% depuis 2000, tout au moins pas durablement, alors qu'elle n'était pas atteinte dans sa santé. Dans sa demande de prestations, l'assurée a d'ailleurs indiqué qu'elle travaillait à 70% pour S. _____ depuis 2005.

En définitive, aucun élément au dossier ne permet de retenir que, sans atteinte à la santé, l'assurée aurait travaillé à plus de 70%, tout au moins jusqu'au 30 avril 2016.

Par contre, depuis le 1^{er} mai 2016, date de l'admission de son conjoint en EMS, la situation de l'assurée a changé. Compte tenu de l'augmentation des charges liées à un tel placement, c'est de manière convaincante que l'enquêtrice de l'OAI a admis que, dès cette date, sans atteinte à la santé, l'assurée aurait travaillé à plein temps.

C'est ainsi à juste titre que l'intimé a appliqué la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité pour la période du 1^{er} avril 2015 au 30 avril 2016 (compte tenu d'une part active de 70% et d'une part ménagère

de 30%), puis la méthode ordinaire de comparaison des revenus dès le 1^{er} mai 2016.

b) Les conclusions du rapport d'enquête économique, constatant des empêchements ménagers de 7%, ne sont pas critiquables. Elles ne sont au demeurant pas contestées par la recourante. Après pondération en fonction de la quotité de la part ménagère de 30%, il résulte un taux d'invalidité au ménage de 2,1%.

5. Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements 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 (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et références citées).

De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'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 de 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 d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_410/2014 précité consid. 3.3).

Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 LAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical (ATF 142 V 58 consid. 5.1 p. 66 ; TF 8C_756/2008 du 4 juin 2009 consid. 4.4 in SVR 2009 IV n° 50 p. 153). Ces rapports ne sont toutefois pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C_407/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). 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 l'assuré, 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 (TF 8C_407/2014 précité ; voir également TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

6. a) Sur le plan médical, l'intimé retient que l'activité habituelle d'auxiliaire de santé n'est plus exigible, mais que l'assurée dispose d'une capacité résiduelle de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Pour sa part, se fondant sur l'avis de la Dresse F._____, la recourante soutient que son activité habituelle est adaptée à son état de santé, mais qu'elle ne peut pas l'exercer à plus de 50%. Elle estime également que sa capacité de travail ne serait pas supérieure dans une activité simple et répétitive, qui serait au contraire plus néfaste compte tenu de ses atteintes.

b) Il est constant en l'espèce que la recourante souffre d'atteintes cervico-brachiales, dans le cadre d'une hernie cervicale, associées à une tendinopathie au niveau de l'épaule. Les diagnostics retenus par les différents médecins consultés par l'assurée sont pour l'essentiel superposables.

En raison de troubles sensitivomoteurs du bras droit sous forme de parésie, l'assurée a été hospitalisée au Service de neurologie du D._____, du 21 au 28 avril 2014. Les examens pratiqués au cours de ce séjour ont mis en évidence une hernie discale C4-C5 droite avec uncarhrose associée, entraînant une compression de la racine C5 droite, ainsi que des discopathies cervicales pluri-étagées avec canal cervical étroit C4-C5 et C6-C7, sans myélopathie associée (cf. IRM cervicale du 23 avril 2014). Une IRM du 5 mai 2014 de l'épaule droite a mis en évidence un remodelé modérément inflammatoire acromio-claviculaire avec une petite touche de bursite sous-acromio-sous-deltoïdienne irritative associée, quelques subtiles petites lésions millimétriques sous-chondrales humérales d'insertion comme reflet d'une touche irritative chronique de la coiffe avec des tendons actuellement néanmoins sans remaniement significatif.

Le Dr R._____ a confirmé le syndrome radiculaire C5 droit déficitaire sur le plan moteur, sur une hernie discale C4-C5 foraminale. Son appréciation est toutefois rassurante, puisqu'il a relevé que l'assurée n'avait pratiquement pas de douleurs et que le déficit moteur allait progressivement en s'améliorant. Le neurologue a d'ailleurs d'emblée émis un pronostic favorable (cf. rapport du 7 mai 2014). Après un nouvel examen le 4 juin 2014, le Dr R._____ a confirmé une évolution allant « dans le bon sens ». Il n'a fait état que de « quelques douleurs », mécaniques, lors des mouvements d'épaule et de nuque. La patiente avait par contre bien récupéré sa force, sa nuque était souple, et elle ne présentait pas de déficit sensitif. Il persistait certes un émoussement du réflexe bicipital et une limitation de l'abduction de l'épaule, que le neurologue qualifiait de légère, mais contre résistance, les muscles avaient récupéré une force de degré M5. Pour le Dr R._____, l'évolution était favorable, au point qu'il ne prévoyait pas de revoir la patiente. A nouveau interpellé par l'intimé en automne 2015, le Dr R._____ a indiqué qu'il n'avait plus revu l'assurée depuis le 4 juin 2014, et qu'à cette occasion, il avait pu constater qu'elle ne présentait plus d'atteinte à sa capacité de travail. La hernie discale C4-C5 n'était plus incapacitante et il n'existait plus de limitation fonctionnelle au plan neurologique, de sorte que le neurologue a estimé que l'assurée avait recouvré une capacité de travail entière dans son activité habituelle, sans baisse de rendement.

La situation n'a pas connu de péjoration ultérieure puisque les investigations au niveau cervical mises en œuvre par le Dr C._____, nouveau neurologue traitant, ont conclu à une absence de changement significatif depuis le dernier examen d'avril 2014, que ce soit au niveau de la saillie disco-ostéophytaire C4-C5, du rétrécissement du canal spinal ou des deux trous de conjugaison. L'examen a signalé l'apparition d'une hernie discale para-médiane droite C3-C4, que le radiologue a toutefois qualifiée de « petite », sans effet sévère, puisqu'elle « chatouillait » à peine la face antérieure de la moelle. L'assurée ne présentait toujours aucune lésion médullaire (cf. rapport d'IRM cervicale du 31 mars 2015). Selon l'appréciation de cette IRM faite par le Dr C._____ dans son rapport du 21 avril 2015, la hernie cervicale C4-C5 prévalant en 2014 semblait s'être

résorbée, de même que la compression radriculaire en découlant ; il n'y avait toujours aucun signe de myélopathie. Le neurologue a qualifié la situation de rassurante. Il a encore fait procéder à un EMG, qui s'était avéré normal et avait permis d'écarter raisonnablement toute implication neurologique dans les symptômes présentés. Il n'y avait en effet pas de souffrance objectivable sur les nerfs testés, ni d'atteinte musculaire chronique des trois nerfs examinés (cf. rapport du Dr C._____ du 25 juin 2015). Lorsqu'il a procédé à ce dernier examen, le Dr X._____ avait en effet observé une amplitude de la réponse motrice dans la norme, comparable au côté gauche ; l'assurée ne présentait pas de dénervations chroniques ou aiguës des muscles d'innervation C5 et C6 (cf. rapport d'EMG du 19 juin 2015). En définitive, le 2 septembre 2015, le Dr C._____ n'a retenu que des douleurs de l'épaule droite, d'origine indéterminée, susceptibles de découler d'une tendinopathie ou d'une arthropathie. Cette incertitude de diagnostic ne prête toutefois pas à conséquence, dès lors que, sur la base de ses constatations et à l'instar du Dr R._____, le Dr C._____ a estimé que l'assurée ne présentait pas d'incapacité de travail, mais seulement des limitations fonctionnelles lui interdisant le port de charges et la manipulation de patients, en raison de ses douleurs. Le Dr C._____ atteste en définitive une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

Le Dr V._____, lors de la première consultation du 11 novembre 2014, a retenu les diagnostics de cervico-brachialgies droites associées à une hernie discale C4-C5 et un déficit moteur probablement C5 droit, d'arthropathie de l'épaule et de rhinite pollinique. Certes, il a constaté une chute du membre supérieur droit à l'épreuve des bras tendus et une faiblesse motrice dans l'action de fermeture et de flexion des doigts, mais il a qualifié ces atteintes de discrètes. Il a en outre relevé que l'assurée ne présentait aucun déficit sensitif. Le 3 mars 2015 la chute à l'épreuve des mains tendues prévalait toujours, mais restait discrète. Tel était également le cas d'une asymétrie de la diadococinésie. Il n'y avait toujours pas de déficit sensitif. On relèvera encore que si l'infiltration pratiquée par le Dr V._____ le 6 janvier 2015 semble n'avoir pas eu d'effet positif, l'assurée a déclaré qu'une nouvelle injection, le 6 octobre 2015, avait cette fois été

bénéfique (cf. note d'entretien du 13 janvier 2016). Enfin, aucune pièce au dossier ne permet de retenir, contrairement à ce qu'affirme la recourante dans son courrier du 15 septembre 2016, que le Dr V._____ aurait attesté du fait qu'un travail de contrôle, derrière un ordinateur, ne serait pas adapté à son état de santé.

Quant au Dr T._____, qui n'a suivi l'assurée que durant deux mois, de fin août à fin octobre 2014, il a indiqué qu'il n'avait pas délivré d'arrêt de travail et qu'il estimait le pronostic favorable.

Compte tenu de ces différents éléments, c'est de manière convaincante que le Dr H._____ a retenu comme atteinte principale à la santé des cervicalgies chroniques non déficitaires dans un contexte de hernie discale C4-C5, associées à une tendinopathie mixte de la coiffe des rotateurs et du long biceps à droite, traitée. Les limitations fonctionnelles retenues par le Dr H._____ (éviter les ports de charges lourdes supérieures à 5-7 kg, les flexions-rotations répétées du cou, les gestes demandant de maintenir les coudes au-dessus du plan des épaules ou de soulever des charges de plus de 1-2 kg à bout de bras à droite, la conduite de véhicule et l'usage de machine vibrante, nécessité de varier les positions au gré des besoins) sont cohérentes par rapport aux atteintes constatées. Compte tenu de ces éléments, c'est à juste titre que le Dr H._____ a estimé que l'activité habituelle d'auxiliaire de santé n'était plus exigible, mais que la recourante conservait, malgré ses atteintes, une pleine capacité de travail dans une activité respectant les limitations précitées.

c) De son côté, la recourante n'apporte aucun élément de nature à mettre sérieusement en doute les conclusions du Dr H._____.

aa) La recourante ne peut à la fois soutenir que son activité habituelle est adaptée à ses limitations fonctionnelles et affirmer que son état de santé ne lui permet pas de l'exercer à plus de 50%. Compte tenu des tâches habituellement dévolues à une auxiliaire de santé, il apparaît vraisemblable qu'une telle activité n'est pas adaptée aux limitations

fonctionnelles de la recourante. Selon le cahier des charges du 3 juillet 2008, l'assurée doit notamment dispenser les soins d'hygiène et de confort aux usagers du Centre médico-social. Ceci implique à n'en pas douter des contraintes physiques importantes. Dans le questionnaire du 18 décembre 2014, l'employeur a d'ailleurs précisé que l'activité de la recourante implique de marcher et rester debout « souvent » (de 3h à 5h1/4 par jour). La position assise n'est quant à elle possible que « rarement », soit environ une demi-heure par jour. L'activité exige également de soulever et porter des charges, jusqu'à 10 kg, souvent, de 10 à 25 kg parfois, et de plus de 25 kg rarement. Certes, dans son courrier du 16 novembre 2016, le Centre médico-social a affirmé avoir pris des mesures pour rendre l'activité de l'assurée conforme aux limitations fonctionnelles retenues par l'OAI. Cependant, compte tenu des tâches énumérées par l'employeur, qui impliquent toujours les soins d'hygiène et de confort à domicile, force est de constater que l'activité reste exigeante, malgré la dispense des cas les plus lourds. On comprend que l'assurée soit attachée à son activité habituelle, qu'elle exerce depuis de nombreuses années. Toutefois, en persévérant dans une telle activité, l'assurée se prive de la possibilité d'accroître son taux de travail. Elle explique d'ailleurs devoir se reposer et faire des étirements entre chaque client.

bb) Dans son rapport du 19 septembre 2016, la Dresse F._____ ne justifie son avis quant à l'inexigibilité d'une activité adaptée à 100% que par des conjectures, indiquant que la reprise d'une activité à 100%, même adaptée, nécessitant de rester de longues heures à un même poste de travail avec des gestes répétitifs et sans possibilités de pauses régulières pourraient entraîner à brève échéance une aggravation des douleurs, et que sa patiente s'exposerait à devoir augmenter sa médication, avec le risque de développer des effets secondaires dont certains rendent « difficile » le maintien d'une activité professionnelle à plein temps, une telle exigence lui semblant « peu réaliste ». Ces éléments restent insuffisamment précis et motivés pour remettre valablement en cause l'appréciation de la capacité de travail retenue par le SMR. L'appréciation portée par la Dresse F._____ sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée paraît peu compatible avec les autres

avis médicaux au dossier, de même qu'avec sa propre appréciation relative à une capacité de travail de 50% dans l'activité actuelle de la recourante, relativement lourde. Le Dr H._____ ayant admis la nécessité d'une alternance des positions selon les besoins de l'assurée, sur la base des éléments apportés par la Dresse F._____, une activité adaptée n'exigerait pas de rester de longues heures à un même poste de travail avec des gestes répétitifs, comme le soutient la médecin traitant. La Dresse F._____ ne convainc donc lorsqu'elle s'oppose à une reprise de travail à 100% dans une activité adaptée.

cc) La recourante ne peut pas non plus tirer argument du fait que l'OAI a dans un premier temps adhéré à la reprise de travail progressive dans l'activité habituelle mise en œuvre par la B._____ dès octobre 2015, avant de déclarer cette activité inadaptée à son état de santé et non-exigible. Cette reprise de travail, initiée par l'assureur-maladie perte de gain, a été effectuée à titre d'essai. Elle tendait à permettre à l'assurée de retrouver son autonomie professionnelle ainsi que son taux d'activité contractuel de 70%, comme l'a clairement spécifié le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI dans la proposition de décision de principe du 11 novembre 2015. Or, dans les faits, tel n'a pas été le cas, dans la mesure où l'assurée a demandé à son employeur de réduire son taux de travail à 50% dès la mi-avril 2014. Compte tenu de cet échec, ainsi que des éléments médicaux au dossier, la position de l'intimé face à l'activité habituelle n'est pas critiquable. On constatera encore que jusqu'au 18 avril 2014, l'assurée a bénéficié du versement de pleines indemnités journalières de la B._____, cette reprise de travail ayant été qualifiée de « thérapeutique ». Dès le 19 avril 2014, elle a demandé à son employeur une diminution de son taux de travail à 50% et a perçu un salaire. Elle n'a donc pas subi de préjudice de ce fait.

d) Enfin, aucun indice sérieux allant dans le sens d'atteintes incapacitantes sur d'autres plans ne figure au dossier. En particulier, le fait que le Dr C._____ a observé une patiente relativement anxieuse, fatiguée, avec des signes de surcharge, et a fait état de troubles thymiques

réactionnels, ne suffit pas à retenir une atteinte invalidante d'ordre psychique.

e) En définitive, il découle des constatations qui précèdent qu'il n'y a pas lieu de douter du caractère bien fondé des conclusions du Dr H._____. L'état de santé de la recourante et ses incidences sur sa capacité de travail sont établis à satisfaction. C'est ainsi à juste titre que l'intimé a estimé que l'assurée présentait, sur la part active, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

7. Sur le plan économique, la recourante conteste le revenu d'invalidé retenu par l'intimé, lui faisant singulièrement grief d'avoir fondé son calcul sur l'Enquête suisse de la structure des salaires (ESS) et d'avoir opéré un abattement insuffisant.

a) Afin de déterminer si la recourante subit une invalidité sur la part active, il convient de comparer le revenu qu'elle aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée d'elle.

Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

S'agissant du revenu d'invalidé, en l'absence d'activité effectivement exercée par l'assurée dans une activité adaptée raisonnablement exigible, la jurisprudence admet de se reporter à l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid.3.3). Le Tribunal

fédéral a précisé à cet égard que sont déterminantes les statistiques du tableau TA1, secteur privé, salaires bruts standardisés (ATF 124 V 231 consid. 3b/aa ; TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 5.1). Selon la jurisprudence, le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation) ; une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2 in fine ; 134 V 322 consid. 5.2 et 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Le moment déterminant pour la comparaison des revenus est l'année de l'ouverture du droit éventuel à la rente (ou de sa révision), soit en l'occurrence 2015.

b) L'assurée ne peut être suivie lorsqu'elle conteste le recours à l'ESS pour le calcul du salaire d'invalidé. Certes, les revenus de référence pour le calcul de l'invalidité doivent être déterminés le plus précisément possible et le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne. Ainsi, il convient en principe de prendre en considération le revenu effectivement réalisé par l'assuré, s'il a repris une activité adaptée raisonnablement exigible. Tel n'est toutefois pas le cas de la recourante, qui, comme développé ci-dessus, exerce une activité qui n'est pas adaptée à son état de santé et qui n'est plus exigible. Son activité habituelle ne met pas pleinement en valeur sa capacité résiduelle. De ce fait, le revenu réalisé dans ce cadre ne peut pas être pris en considération comme revenu d'invalidé. C'est dès lors à juste titre que l'intimé a calculé le revenu d'invalidé sur la base des données statistiques résultat de l'ESS, soit des salaires statistiques correspondant aux tâches physiques ou manuelles simples.

S'agissant de l'abattement supplémentaire sur le revenu d'invalidé, la recourante ne convainc pas non plus lorsqu'elle soutient que sa situation justifie une réduction de 15%, au motif que ses limitations fonctionnelles la désavantageraient dans ses recherches d'emploi. C'est justement en raison des limitations fonctionnelles affectant l'assurée que

l'intimé a accordé un abattement. Le taux de 10% retenu par l'OAI tient correctement compte de l'ensemble des circonstances personnelles de la recourante. Il ne figure au dossier aucun élément justifiant de revenir sur le taux fixé par l'intimé.

c) La recourante ne formule aucun grief à l'encontre des calculs de l'intimé. Procédant à leur contrôle d'office, la Cour de céans obtient des valeurs légèrement différentes de celles retenues par l'OAI. On s'étonne notamment que l'office n'ait pas pris en considération le salaire sans invalidité de 55'404 fr. 65 annoncé par l'employeur pour l'année 2014, pour lui préférer, sans autre motivation, le salaire de 52'820 fr. enregistré par la Caisse de compensation AVS pour l'année 2013. De même, en calculant le salaire d'invalidé sur la base des salaires de l'ESS 2012, ensuite indexés jusqu'en 2015, alors que l'ESS 2014 était déjà disponible, l'intimé a manqué de précision, ce d'autant plus que le taux d'adaptation de 0,8% retenu pour 2015 est erroné.

Cela étant, même en procédant à un nouveau calcul intégrant les éléments les plus favorables à l'assurée, notamment le salaire annoncé par l'employeur et l'augmentation réelle des salaires entre 2014 et 2015 selon la Convention collective de travail dans le secteur parapublic vaudois (soit au meilleur des cas 1'097 fr. annuels, 13^{ème} salaire compris, pour la classe de salaire 11, selon l'Annexe n° 3 de la convention collective de travail précitée), on obtient un revenu hypothétique sans invalidité de 80'245 fr. pour un 100%, soit 56'172 fr. pour un 70%. Quant au revenu d'invalidé, il doit être arrêté à 48'607 fr. pour un 100%, soit 34'025 fr. pour un 70% (4'300 fr. par mois pour une activité à 100%, part du 13^{ème} salaire comprise [ESS 2014, TA1, niveau de qualification 1 pour les femmes], majoré de 0,4% pour tenir compte de l'évolution des salaires nominaux de 2014 à 2015, adapté à un horaire hebdomadaire moyen de 41,7 heures [cf. OFS, Statistique de la durée normale de travail dans les entreprises], et tenant compte d'un taux d'abattement de 10%). La comparaison de ces revenus aboutit au taux d'invalidité de 39 %, insuffisant pour ouvrir le droit à la rente. Pour la période du 1^{er} avril 2015 au 30 avril 2016, compte tenu du statut mixte de l'assurée (part active de 70% et part ménagère de

30%), le degré d'invalidité total s'élève, après pondération, à 29,4% (27,3 % + 2,1% [soit (39 x 70%) + (7 x 30%)]), également insuffisant pour donner droit à une rente d'invalidité. Ainsi, les imprécisions constatées dans les calculs de l'intimé n'ont pas d'incidence sur l'issue du litige.

8. a) En définitive, il apparaît que la décision rendue par l'intimé le 19 octobre 2016 ne prête pas le flanc à la critique. Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure est onéreuse. En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral 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 des frais judiciaires ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors qu'elle est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 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 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

c) Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGGA).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 19 octobre 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. Il n'est pas alloué de dépens.

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

Le président :

La greffière :

Du

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

- G. _____,
- 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 :