

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 mars 2020

Composition : M. PIGUET, président
Mme Di Ferro Demierre, juge et Mme Gabellon, assesseure
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

X._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Philippe Nordmann,
avocat à Lausanne,

et

T._____, à Vevey, intimé.

Art. 8 LPGA, art. 4 al. 1, 28 al. 1 et 2 LAI

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1962, a suivi une formation d'employée de commerce. Engagée en qualité d'employée de banque auprès de la Banque R._____, l'assurée s'est trouvée en incapacité de travail dès le 15 septembre 2014.

Dans un rapport médical du 29 septembre 2014, le Dr V._____, spécialiste en neurologie, a exposé que l'examen clinique révélait d'importants troubles statiques avec déviation scoliothique dorso-lombaire et des douleurs à la pression des insertions tendineuses fessières gauche évoquant une forme de périarthropathie de hanche. Ce médecin ne mettait pas en évidence d'atteinte radiculaire significative.

Le 28 octobre 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a recueilli des renseignements médicaux auprès du Dr S._____, spécialiste en rhumatologie. Dans un rapport du 24 novembre 2014, ce médecin a retenu les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de lombosciatalgie gauche sur importants troubles statiques vertébraux avec déviation scoliothique dorso-lombaire liée à une malformation de la vertèbre IV lombaire gauche ainsi qu'une périarthropathie importante de la hanche gauche. Pour ce médecin, il était impossible de corriger ces importants troubles statiques vertébraux à l'origine de l'état actuel de l'assurée. Cette dernière se trouvait en incapacité de travail totale depuis le 15 septembre 2014 pour une durée indéterminée.

X._____ s'est rendue le 10 décembre 2014 en consultation auprès du Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Par rapport médical du 11 décembre 2014, ce médecin a évoqué les éléments suivants :

J'ai eu une très longue discussion avec cette patiente. Je pense que les douleurs sortent du cadre purement organique. Il n'y a pas de corrélation claire entre la découverte de cette scoliose certes impressionnante sur les imageries et les douleurs de la patiente. On pense que plutôt les signes de Modic de type I pourraient être corrélés aux douleurs (et précisément elle n'en a pas). Certes, un certain élément douloureux peut être expliqué par quelques troubles dégénératifs, mais le tableau clinique est hors proportion et entre dans le cadre de douleurs chroniques avec peut-être un élément de surcharge fonctionnelle, le tout ayant été déstabilisé par l'événement traumatique de 2011. La patiente est quelque part dévastée de devoir se retrouver à l'AI et perdre son emploi. A priori, elle ne serait pas contre une reprise progressive du travail. Je pense qu'il serait important d'essayer de la réintégrer dans le circuit professionnel et je ne vois pas de contre-indication formelle malgré cette imagerie impressionnante.

Egalement consulté, le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a établi un rapport médical le 19 mars 2015, arrivant à la conclusion suivante :

Je pense que Mme X._____ souffre d'un syndrome douloureux du grand trochanter à gauche (périarthrite de hanche), dans un contexte de lombalgies basses non spécifiques exacerbées suite à l'intervention gynécologique.
J'ai rassuré la patiente quant à l'origine et la nature des douleurs. Il n'y a aucune menace neurologique.

Je n'ai pas retenu d'indication chirurgicale pour cette héli-vertèbre chez cette patiente.

Je propose la poursuite de l'approche non chirurgicale, avec une physiothérapie centrée sur la problématique de la hanche gauche, à savoir des étirements et des US antalgiques. Si cela ne suffisait pas, je proposerai de poursuivre les infiltrations locales qui semble-t-il vous aviez déjà effectués.

Il reste une problématique importante chez cette patiente, c'est l'aspect socio-professionnel. Je pense qu'il faut à tout prix encourager Mme X._____ à reprendre une activité professionnelle ne serait-ce qu'à temps partiel. A cet effet, je pense qu'il faut dédramatiser les symptômes douloureux et le diagnostic auprès de l'employeur et de la patiente.

Mme X._____ se présentera à votre consultation prochainement je me tiens très volontiers à disposition pour des renseignements complémentaires.

Dès le 20 avril 2015, l'assurée a repris son activité habituelle d'employée de banque au sein de la Banque R._____, initialement à un taux d'activité de 30% avec une augmentation progressive.

Poursuivant l'instruction, l'OAI a recueilli de nouveaux éléments médicaux auprès du Dr S._____ qui, par rapport du 2 septembre 2015, a confirmé les diagnostics précédemment retenus. Il indiquait que l'assurée avait été incapable de travailler du 15 septembre 2014 jusqu'au 1^{er} avril 2015. Dès cette date, elle avait disposé d'une capacité de travail de 30%, laquelle avait progressivement augmenté pour atteindre 60% dès le 1^{er} septembre 2015.

Dans un rapport médical du 20 septembre 2015, le psychiatre traitant de l'assurée, le Dr J._____, a posé les diagnostics de troubles de l'adaptation avec réaction dépressive (et anxieuse) prolongée, de lombosciatalgie gauche sur troubles statiques et malformation, de périarthropathie de la hanche gauche, d'hypothyroïdie et de crises de migraines. Ce médecin évaluait la capacité de travail de l'assurée à 60%, regrettant qu'on lui ait imposé un taux de 70% qui dépassait visiblement ses capacités.

Suivant les recommandations formulées le 14 octobre 2015 par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), l'OAI a interpellé une nouvelle fois les Drs S._____ et J._____. Le 15 janvier 2016, le Dr S._____ a confirmé les éléments développés dans son rapport du 2 septembre 2015, notamment quant à l'évolution chronologique de la capacité de travail de l'assurée. Le Dr J._____ a fait de même par rapport médical du 25 janvier 2016, faisant état d'une capacité de travail de 60%.

Dans un rapport du 8 septembre 2016, le Dr N._____, médecin praticien, a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de lombosciatalgies gauche avec importants troubles de la statique vertébrale sur déviation scoliothique dorsolombaire très importante associée à une malformation de la vertèbre L4 lombaire, d'arthrose importante au niveau de l'articulation coxo-fémorale gauche et de torsion d'ovaire gauche avec ovariectomie et persistance de douleurs associées. Concernant les diagnostics dénués d'effets sur la capacité de travail, ce médecin a mentionné une hypothyroïdie traitée, des crises de

migraine ainsi qu'une gastrite sur prise d'AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens). Concernant la capacité de travail, le Dr N. _____ a indiqué que l'intéressée avait travaillé comme employée de banque à 60% depuis le 1^{er} septembre 2015 avec des douleurs très intenses tout au long de la journée. Il relevait que l'assurée avait une nécessité de se mobiliser, car le maintien dans une position assise de façon prolongée engendrait des douleurs très importantes. Selon lui, le travail demeurerait possible de trois à quatre heures par jour sans aucun port de charge et avec un poste de travail parfaitement adapté à cette pathologie de rachis. L'activité professionnelle de l'intéressée exercée à 60% était extrêmement pénible, avec des douleurs invalidantes. Ce médecin considérait que l'activité habituelle demeurerait exigible à un taux d'activité inférieur à 50%.

Interpellé par le SMR quant au maintien d'une capacité de travail de 50% sous réserve d'une adaptation du poste par l'employeur, le Dr N. _____ a, le 19 janvier 2017, pris position comme suit :

1. Il est à mon sens un peu trop précoce pour discuter d'une nouvelle augmentation du volume d'activité de la patiente. Il me semble aujourd'hui licite de poursuivre son activité au pourcentage actuel. Si au bout de 2-3 mois, la patiente est confortable avec ce niveau d'activité, il me semblerait alors envisageable de pouvoir essayer cette proposition à 50% avec une adaptation.
2. Madame X. _____, que je suis maintenant depuis quelques mois, me semble être quelqu'un de relativement volontaire dans le travail avec une volonté de poursuivre son activité professionnelle. Sa pathologie rachidienne me semble extrêmement évoluée et de ce fait, il me semble licite d'adapter son activité professionnelle au ressenti de la patiente. Il me semble pour le moment que le volume d'activité professionnelle qu'elle a aujourd'hui lui est plus confortable et lui permet d'obtenir une qualité de vie correcte. Si jamais Madame X. _____ est d'accord pour essayer une activité à 50% avec un aménagement et adaptation de son poste, je me rangerai derrière sa décision. Il est important de noter qu'à mon sens, médicalement parlant, il est licite que Madame X. _____ soit en très grande difficulté lors de son activité professionnelle.

En raison d'une situation médicale encore peu claire, le SMR a demandé l'établissement d'un examen ostéo-articulaire au Dr G. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie. Dans son rapport du 18 juillet 2017, le Dr G. _____ n'a

retenu aucun diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail. Concernant les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ce médecin a mentionné des lombalgies mécaniques non irritatives et non déficitaires (dans un contexte de scoliose dorsolombaire avec présence d'une hémivertèbre L4, la présence d'une discarthrose L3-L5 et des troubles dégénératifs postérieurs), une composante de périarthrite de la hanche gauche et des cervicalgies communes intermittentes. Ce médecin a conclu à une pleine capacité de travail dans toute activité depuis le 12 mars 2015, retenant les éléments suivants :

Limitations fonctionnelles

Rachis lombaire : pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'activité prolongée en porte-à-faux, pas de position assise ou debout prolongée au-delà de 45 minutes, pas de position debout statique au-delà de 20 minutes ; pas de port de charges répété au-delà de 5 kg (charges très légères).

Composante de périarthrite de hanche G : pas de montée-descente répétée d'escaliers, pas de marche sans s'arrêter au-delà d'un kilomètre.

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

Initialement, l'IT est totale dans l'activité habituelle depuis le 15.09.2014.

Comment le degré d'incapacité de travail et le rendement ont-ils évolué depuis lors ?

Sur le plan ostéoarticulaire, nous sommes d'avis qu'il y a lieu de s'aligner sur les IT annoncées par les spécialistes traitants jusqu'à stabilisation de l'état de santé.

Nous concluons à une stabilisation le 12.03.2015 ; date de la consultation du Dr B._____. A cette date, l'assurée a vu en consultation 2 orthopédistes, 1 neurologue, qui se sont prononcés sur l'absence de signes de gravité du tableau clinique, l'assurée a été prise en charge de façon lege artis au niveau de son traitement conservateur, avec une adaptation de son traitement médicamenteux, de multiples infiltrations, de la physiothérapie, sans amélioration durable des symptômes.

Nous sommes d'avis que le tableau clinique avec la scoliose constatée, la légère limitation de la mobilité lombaire constatée et la composante de périarthrite de hanche, ainsi que les douleurs mécaniques décrites par l'assurée sont compatibles, sur le plan ostéoarticulaire avec l'activité professionnelle d'employée de banque réalisée par l'assurée.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée sur le plan rhumatologique par la tolérance du rachis lombaire et dans une moindre mesure de la hanche G. L'exigibilité est complète dans l'activité habituelle, respectant les LF décrites.

Date du début de l'aptitude à suivre/ à s'investir une mesure de réadaptation : 12.03.2015

Pronostic

Le fait que les troubles statiques et dégénératifs lombaires ne se soient pas modifiés entre 2014 et 2016 est plutôt de bon pronostic.

Le pronostic est réservé quant à l'évolution des douleurs chroniques. Le pronostic est également réservé quant à la reprise d'une activité professionnelle à plein temps.

Par projet de décision du 7 août 2017, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations, retenant une pleine capacité de travail dans toute activité dès le 12 mars 2015.

X. _____ s'est opposée au projet précité le 22 août 2017. Elle a apporté des déterminations supplémentaires le 15 novembre 2017, produisant à cette occasion un nouveau rapport médical établi le 1^{er} novembre 2017 par le Dr N. _____, dont la teneur est la suivante :

[...]

Je peux donc qu'être surpris par les conclusions parfois contradictoires inscrites dans le rapport rhumatologique en date du 16 juin 2017.

En effet les observations sur le plan ostéo-articulaire statique de la patiente à savoir une scoliose majeure due à une héli-vertèbre L4 gauche ne peuvent pas être ignorées.

En effet la patiente présente des douleurs avec des irradiations tronquées dans la fesse et dans la cuisse G même si elle ne respecte pas un territoire bien précis peuvent très potentiellement être mis en rapport avec un problème articulaire postérieur qui serait logique dans le cadre d'une héli-vertèbre gauche.

Le rapport stipule que malgré ses douleurs il serait exigible de la patiente qu'elle ait une activité habituelle comme employée de banque à 100%.

Tout en signifiant que le pronostic est très réservé quant à la reprise d'une activité professionnelle à temps plein.

Je pense en effet qu'une activité professionnelle à temps plein, pour l'avoir essayé avec Madame X. _____ n'est pas envisageable.

Ayant pris note du rapport du Dr D. _____, il semble avoir répondu sur le plan psychiatrique. Je ne pense pas que cette appréciation corresponde à la situation actuelle de Mme X. _____. Depuis que je connais cette patiente, il n'y a pas du tout de rechute d'épisode dépressif mais elle reste constante dans son humeur et dans sa volonté farouche de poursuivre une activité professionnelle.

Pour résumer mon point de vue, Madame X. _____, du fait des douleurs engendrées en bonne partie par des troubles statiques très importants, n'est pas apte à exercer une activité d'employée de banque à 100%. Elle peut à mon avis la réaliser comme elle l'a fait ces derniers mois à un taux réduit. 40% me semble être une bonne option avec pourquoi pas une possibilité de majoration à 50% mais il me semble impossible de demander à Mme X. _____ plus de 3-4 heures de travail par jour sans une position qui est quand même principalement assise. Il faudrait à mon sens dans ce

cas que la patiente puisse alterner les positions assises et debout avec un petit peu de marche afin d'éviter l'ankylose de son rachis. Il est par ailleurs inconcevable qu'elle ait à porter des charges bien évidemment et il lui faut un plan de travail parfaitement équipé et adapté afin d'obtenir une position de travail optimale.

Lors de la pratique de son activité professionnelle à un taux réduit, le rendement de la patiente ne me semble pas être altéré du fait que ses fonctions cognitives sont parfaitement intègres.

Du fait des restrictions sur le plan de l'alternance de position, de la durée, et du fait de ne pas pouvoir porter de charge, il n'est pas envisageable que Madame X._____ puisse effectuer un temps de travail plus important dans une autre profession que celle d'employée de banque.

Je pense que Mme X._____ peut continuer à assumer ce temps de travail avec à mon sens une majoration pouvant aller jusqu'à 50%. Il me semble qu'au-delà il sera exclu de continuer à exercer sa profession, ou une autre, car cela mènerait très probablement à une multiplication des arrêts de travail à 100% et potentiellement une péjoration de son état.

Ce rapport a été soumis au SMR. Dans un avis du 14 décembre 2017, celui-ci a retenu que le Dr N._____ n'apportait aucun élément nouveau, ce médecin reconnaissant par ailleurs la possibilité d'exercer une activité en alternant les positions. Les discrètes modifications constatées n'entravaient nullement l'activité habituelle de l'intéressée, la scoliose résultant de l'hémivertèbre n'ayant jamais nécessité de traitement ni empêché l'assurée de travailler jusqu'en 2014.

Dès le 1^{er} décembre 2017, X._____ a été engagée en tant qu'employée administrative auprès de l'entreprise M._____ Sàrl, à raison de quatre matinées par semaine, entre 9h et 13h.

Par décision du 18 décembre 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations déposée par l'assurée.

B. **a)** Par acte du 25 janvier 2018, X._____, par l'intermédiaire de son conseil Me Christine Graa, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité, subsidiairement à son renvoi devant l'OAI pour nouvelle instruction. Elle soutenait que la décision entreprise, basée sur l'appréciation du Dr G._____, n'était pas fondée médicalement. Il convenait au contraire de s'appuyer sur les

constatations des Drs S._____ et N._____, et de retenir une capacité de travail partielle que ce soit dans son activité d'employée de banque ou dans une activité adaptée.

b) Dans sa réponse du 14 mars 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il relevait que le Dr G._____ avait procédé à ses propres examens, pris en considération l'ensemble des rapports au dossier ainsi que les plaintes exprimées par l'intéressée et dûment motivé ses conclusions. Le rapport du 18 juillet 2017 remplissait dès lors les conditions posées par la jurisprudence quant à la valeur probante des rapports médicaux.

c) Par réplique du 5 avril 2018, X._____ a maintenu intégralement ses développements et conclusions pris à l'occasion de son recours du 25 janvier 2018.

d) Dans sa duplique datée du 26 avril 2018, l'OAI a également confirmé ses conclusions.

e) Le 5 février 2019, le Juge instructeur a décidé de confier la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne générale, rhumatologie et psychiatrie) au Centre d'expertise médicale [...], précisément à la Dre L._____, spécialiste en médecine interne générale, au Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et au Dr F._____, spécialiste en rhumatologie.

f) Dans leur rapport d'expertise pluridisciplinaire parvenu au Tribunal le 18 octobre 2019, les Drs L._____ et Q._____ n'ont retenu aucun diagnostic incapacitant dans leur domaine de spécialité respectif. Sur le plan rhumatologique, le Dr F._____ a pour sa part posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de lombalgies chroniques depuis août 2014 et de signes de surcharge inter-facettaire postérieure pluri-étagée prédominante au dernier étage L5-S1 des deux côtés. En tant que diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ce médecin a mis en évidence des cervicalgies intermittentes, des pieds

étalés bilatéraux avec formation d'hallux valgus des deux côtés, un status après hystérectomie pour fibromatose, une ablation ovarienne bilatérale pour torsion et rupture de kyste en 2011, un status après intervention pour adhérences et hernie inguinale gauche ainsi qu'une hypothyroïdisme substituée. Ce médecin a conclu à une capacité de travail de 40% tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, retenant les éléments suivants :

3. INFLUENCE DES ATTEINTES SUR L'ACTIVITÉ EXERCÉE JUSQU'ICI

3.1 Comment agissent ces atteintes sur l'activité

En raison de la présence d'une scoliose lombaire sévère, à la suite de l'anomalie congénitale par une héli-vertèbre entre L4 et L5 à gauche, il en résulte une diminution de la performance au travail dans l'activité d'employée de banque, qui comporte la nécessité de rester longtemps en position fixe, soit debout au guichet, soit assise (heures) au cours de la journée.

La présence des douleurs à caractère mécanique (s'empirant au fil du temps sous l'effet d'une position corporelle monotone au bout de 45 minutes à une heure en position assise, au bout de 30 minutes en marchant, et au bout de 15 minutes en restant debout) diminue la performance physique de l'assurée par rapport à une activité de travail entière.

3.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail (ressources résiduelles et limitations fonctionnelles).

Les ressources résiduelles sont limitées par des limitations fonctionnelles importantes, l'assurée ne pouvant rester assise que pendant 45 minutes jusqu'à une heure au maximum, marcher pendant 20 à 30 minutes au maximum, et rester debout pendant 15 minutes au maximum. Ceci signifie qu'un changement de positions s'avère nécessaire, afin d'éviter une décompensation des douleurs d'un niveau d'intensité intolérable.

Les problèmes ajoutés consistent également en une performance réduite du rachis lombaire, qui ne permet pas une reprise immédiate du travail après une courte pause, mais nécessite une détente plus longue.

Pour ces raisons, l'activité exercée jusqu'ici peut être encore effectuée (cela peut être considéré comme une ressource résiduelle de l'assurée) mais *seulement à temps partiel*, compte tenu de la nécessité d'effectuer des pauses pour détendre le dos et changer fréquemment de positions. *Parmi les ressources résiduelles, il faut aussi considérer que dans l'activité exercée jusqu'ici, il s'agit d'une activité physique légère, bien que nécessitant d'assumer des positions monotones pendant de longues périodes au cours de la journée.*

3.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour ; pourcentage), diminution de rendement incluse ?

Compte tenu de la diminution du rendement liée à la nécessité de pauses compensatrices au cours de la journée, nous retenons que l'activité exercée jusqu'ici d'employée de banque est encore exigible à temps partiel, dans la mesure comprise entre 3 et 3 1/2 heures par jour, par exemple 1 1/2 h le matin et 1 1/2 h l'après-midi (37,5% de capacité de travail résiduelle), ou 2 h le matin et 1 1/2 h l'après-midi (43% de capacité de travail), ce qui fait *en moyenne une capacité résiduelle de travail de 40%, diminution de rendement comprise.*

Concernant la capacité de travail dans une activité adaptée, le Dr F. _____ a mentionné ce qui suit :

4. D'AUTRES ACTIVITÉS SONT-ELLES EXIGIBLES DE LA PART DE L'ASSURÉE ?

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 ?

4.1 Si oui, à quels critères médicaux le poste de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ? Quelles sont les limitations fonctionnelles ? Quel(s) type(s) de profession est (sont) compatible(s) avec les limitations fonctionnelles retenues ?

Comme activité adaptée peut être considérée toute activité légère, sans nécessité de devoir porter des poids supérieurs à 5 kg, sans nécessité de s'accroupir ou de se pencher en avant. Dans ces activités adaptées légères, l'assurée peut rester assise pendant 45 minutes à une heure au maximum à la fois, peut marcher pendant 30 minutes au maximum, et peut rester debout pendant 15 minutes au maximum.

Dans un travail adapté, il reste important de pouvoir changer de positions.

4.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par exemple heures par jour, pourcentage), diminution de rendement comprise ? Depuis quand ?

Une activité adaptée peut être exercée dans une mesure comprise entre 3 heures et 3 1/2 heures par jour, ce qui correspond en moyenne à un taux de capacité de travail de 40%, par exemple à raison de 1 1/2 heure le matin et 1 1/2 heure l'après-midi, ou 2 heures le matin et 1 1/2 heure l'après-midi, selon les possibilités, ce qui correspond à *un taux de capacité de travail moyen de 40%*. Cela tient compte de la diminution du rendement.

Le début de cette réduction de la capacité de travail dans une activité adaptée peut être considéré à partir du mois d'octobre 2016 (rapport du rhumatologue traitant, Dr N. _____ du 08.09.2016).

4.3 Quelle a été l'évolution de la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée ?

Puisqu'une activité de bureau correspond déjà à une activité adaptée, on peut considérer la même évolution de la capacité de travail qui a été retenue ci-dessus pour l'activité exercée jusqu'ici (voir point 3.5).

g) Après avoir consulté son Service médical, l'OAI s'est déterminé sur l'expertise précitée le 18 novembre 2019, estimant, au regard des contraintes de l'activité habituelle d'employée de banque, qu'il n'était pas correct de mettre sur un plan d'égalité cette activité et une activité vraiment adaptée aux ressources de l'assurée.

h) Dans ses déterminations du 25 novembre 2019, l'assurée, désormais représentée par Me Philippe Nordmann, a soutenu que sur la base de l'expertise réalisée par le Centre d'expertise médicale [...], il était évident que le degré d'invalidité de l'assurée dépassait 70%, justifiant ainsi l'allocation d'une rente entière d'invalidité.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-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 (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 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 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).

c) Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demie rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. 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 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

5. a) Afin de rejeter la demande de prestations déposée par la recourante, l'intimé s'est basé sur le rapport du 18 juillet 2017 établi par

le Dr G._____, aux termes duquel la recourante disposait d'une pleine capacité de travail dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles retenues. Ce médecin a relevé une certaine discordance entre les douleurs alléguées et les capacités de la recourante, cette dernière demeurant capable d'effectuer la plupart des tâches ménagères et sortant deux à trois fois par jour le chien du voisin. En effet, les troubles statiques et dégénératifs objectivés n'expliquaient que très partiellement l'ampleur des douleurs alléguées ou l'absence de réponse aux différents traitements réalisés. Cette position rejoignait celle du Dr D._____, qui, dans son rapport du 11 décembre 2014, niait une corrélation claire entre la découverte de la scoliose, certes impressionnante sur les imageries, et les douleurs de la recourante ; le tableau clinique était ainsi hors de proportion et entrainé dans le cadre de douleurs chroniques, avec peut-être un possible élément de surcharge fonctionnelle, le tout ayant été déstabilisé par un événement traumatique survenu en 2011. Quant au Dr B._____, il avait conclu à des troubles dégénératifs banaux et non spécifiques ainsi qu'une statique globalement bien équilibrée malgré une scoliose importante.

b) Ces prises de position s'opposaient à celles des Drs S._____ et N._____. Le Dr N._____ estimait en particulier que la reprise de l'activité habituelle de la recourante pouvait se faire à 40%, avec une éventuelle augmentation à 50%. Du fait des restrictions sur le plan de l'alternance des positions, de la durée supportable de dites positions et de l'impossibilité de porter des charges, il n'était pas envisageable que la recourante puisse effectuer un temps de travail plus important tant dans son activité habituelle que dans une autre profession. Une activité au-delà de 50% mènerait très probablement à une multiplication des arrêts de travail à 100% ainsi qu'une péjoration de son état de santé.

c) En présence de conclusions diamétralement opposées de la part des spécialistes consultés dans le cadre de l'instruction de ce dossier, tant sur la question de la capacité de travail que sur l'origine des douleurs de la recourante, les Drs G._____ et D._____ évoquant une

discordance entre les douleurs et le tableau clinique objectivé, un tel manque de cohérence ne ressortant pas des éléments médicaux établis par les Drs S._____ et N._____, il était nécessaire de procéder à une expertise judiciaire afin de clarifier la situation de la recourante.

d) Cela étant, il n'y a pas lieu de s'écarter du contenu de l'expertise judiciaire. Celle-ci remplit toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Les conclusions rendues par le Dr F._____, seul expert à avoir retenu des diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail de la recourante, résultent d'une analyse complète de la situation médicale et reposent sur une anamnèse exhaustive contenant une description précise et détaillée des plaintes et du quotidien de la recourante. Ce médecin estime que les atteintes objectivées (lombalgies chroniques liées à la présence d'une scoliose marquée sinistro-convexe de la colonne lombaire) entraînent une performance réduite du rachis lombaire, si bien que la recourante présente une tolérance réduite à l'effort, à la charge, à rester en position assise plus de 45 à 60 minutes, à marcher plus de 20 à 30 minutes et à rester debout plus de 15 minutes. Ces limitations fonctionnelles diminuent la performance physique de l'assurée par rapport à une capacité de travail entière. L'expert F._____ retient ainsi une capacité de travail limitée à 40% dans toute activité au moment de l'expertise. Ces conclusions peuvent être suivies.

e) S'agissant de l'évolution chronologique de l'incapacité de travail de la recourante, le Dr Colla a mis en évidence une aggravation au plan morphologique objectif entre l'IRM du 6 septembre 2016 et celle du 14 mai 2019, où certains aspects parlent en faveur d'une progression des lésions dégénératives. Il en a déduit que la recourante disposait d'une capacité de travail de 60% à compter du 1^{er} septembre 2015 (à l'issue du délai de carence d'une année [art. 28 al. 1 let. b LAI]), puis de 40% à compter du 1^{er} octobre 2016 dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Soulevée par l'office intimé dans ses remarques à l'encontre de l'expertise judiciaire, la question de savoir si une activité d'employée de bureau constitue effectivement une activité adaptée peut

en l'occurrence rester ouverte, dès lors que les experts ont en tout état de cause précisé que la capacité de travail de l'intéressée ne pouvait dépasser 40% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

6. Reste désormais à définir le taux d'invalidité de la recourante à compter du 1^{er} septembre 2015.

a) L'assurance-invalidité a pour but d'atténuer les conséquences économiques de l'invalidité et accorde une importance primordiale à la diminution de la capacité de gain (art. 7 al. 1 LPGA ; voir également le Message du 24 octobre 1958 relatif à un projet de loi sur l'assurance-invalidité ainsi qu'à un projet de loi modifiant celle sur l'assurance-vieillesse et survivants, FF 1958 II 1185 ; ATF 137 V 334 consid. 5.2). L'invalidité est ainsi une notion avant tout économique plutôt que médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe en principe d'évaluer. Ce constat a pour corollaire que le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle établi par le médecin (voir ATF 110 V 273 consid. 4a et la référence).

b) Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'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. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1 p. 30).

c) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que la personne assurée aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires éditée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 134 V 322 consid. 4.1; voir également TFA B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2 et les références et arrêt I 750/04 du 5 avril 2006 consid. 5.5).

En l'occurrence, la recourante avait été engagée le 1^{er} juillet 2008 à temps plein comme employée de banque au sein de la Banque R._____. Dès le 1^{er} mars 2014, elle réalisait un salaire de 8'542 fr. par mois, soit 102'504 fr. par année. Il se justifie de retenir ce montant en tant que revenu sans invalidité.

d) Selon la jurisprudence, le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Si l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et encore que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires publiée par l'Office fédéral de la statistique ou sur les données salariales résultant des

descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

Dans le cas d'espèce, la recourante a exercé deux activités professionnelles suite à l'exacerbation de ses douleurs lombaires. En premier lieu, elle avait repris son ancienne activité à un taux de 30%, pour l'augmenter ensuite jusqu'à 60% ; elle a été licenciée en avril 2017. Elle a ensuite été engagée à compter du 1^{er} décembre 2017 en tant qu'employée administrative à hauteur de quatre matinées par semaine, de 9h à 13h, ce qui correspond à un taux d'activité de 38%. Dans la mesure où la nouvelle activité d'employée administrative n'a débuté que quelques semaines avant la notification de la décision attaquée, elle ne peut être qualifiée de particulièrement stable. Il sied ainsi de recourir aux salaires statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) afin de définir le revenu d'invalidé.

e) Pour la période du 1^{er} septembre 2015 au 30 septembre 2016, il convient de se référer au salaire auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples (niveau de qualification 1) dans le secteur privé, soit 4'300 fr. par mois en 2014 (Enquête suisse sur la structure des salaires 2014, TA1). Après adaptation de ces montants à l'horaire usuel dans les entreprises en 2014 (41,7 heures; Indicateurs du marché du travail 2019 ; TA2.1) et à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux pour les femmes de l'année 2015 (+ 0,5 % ; Indice des salaires nominaux 1993-2018), on obtient un revenu mensuel de 4'505 fr.15 et annuel de 54'061 fr.80. Compte tenu d'une capacité résiduelle de travail de 60 %, il convient de fixer le revenu d'invalidé à 32'437 fr.10. Il n'y a pas lieu de tenir compte en l'espèce d'un facteur de réduction sur le salaire statistique. Un tel abattement n'est pas automatique, mais est justifié dans les cas où il existe des indices suffisants pour admettre qu'en raison de différents facteurs (par exemple, limitations liées au handicap, âge, années de service) la personne assurée ne peut mettre à profit sa capacité de travail (résiduelle) sur le plan économique que dans une mesure inférieure à la moyenne (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa), ce qui n'est pas le cas en l'espèce. La comparaison d'un

revenu sans invalidité - indexé à 2015 (+ 0,5 %; Indice des salaires nominaux 1993-2018) - de 103'016 fr. 50 avec un revenu d'invalidité de 32'437 fr. 10 aboutit à un degré d'invalidité de 69 %, taux ouvrant droit à trois-quarts de rente d'invalidité.

f) Pour la période à compter du 1^{er} octobre 2016, il convient de se référer au salaire auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples (niveau de qualification 1) dans le secteur privé, soit 4'363 fr. par mois en 2016 (Enquête suisse sur la structure des salaires 2016, TA1). Après adaptation de ces montants à l'horaire usuel dans les entreprises en 2016 (41,7 heures; Indicateurs du marché du travail 2019 ; TA2.1), on obtient un revenu mensuel de 4'548 fr. 40 et annuel de 54'580 fr.80. Compte tenu d'une capacité résiduelle de travail de 40 %, il convient de fixer le revenu d'invalidité à 21'832 fr.30. Il n'y a pas lieu de tenir compte en l'espèce d'un facteur de réduction sur le salaire statistique. Un tel abattement n'est pas automatique, mais est justifié dans les cas où il existe des indices suffisants pour admettre qu'en raison de différents facteurs (par exemple, limitations liées au handicap, âge, années de service) la personne assurée ne peut mettre à profit sa capacité de travail (résiduelle) sur le plan économique que dans une mesure inférieure à la moyenne (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa), ce qui n'est pas le cas en l'espèce. La comparaison d'un revenu sans invalidité - indexé à 2016 (+ 1,3 %; Indice des salaires nominaux 1993-2018) - de 103'836 fr. 55 avec un revenu d'invalidité de 21'832 fr. 30 aboutit à un degré d'invalidité de 79 %, taux ouvrant droit à une rente entière d'invalidité.

7. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à trois quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2015, puis à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2017 (art. 88a al. 2 RAI [règlement sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de

prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

c) La recourante voit ses conclusions admises, de sorte qu'elle peut prétendre à une indemnité de dépens à la charge de l'intimé. Il convient de fixer cette indemnité à 3'000 fr., compte tenu de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 18 décembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que X._____ a droit à trois quarts de rente d'invalidité du 1^{er} septembre 2015 au 31 décembre 2016 et à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2017.

- III.** 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.

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à X._____ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Nordmann,
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'Office fédéral des assurances sociales (OFSP)

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :