

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 décembre 2019

Composition : M. PIGUET, président
Mme Dessaux et M. Métral, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

S._____, à [...], recourante, représentée par Me Karim Hichri, avocat
auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 7, 8 al. 1, 16 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 - 2 LAI

E n f a i t :

A. **a)** S. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], alors assistante dentaire auprès du cabinet du Dr C. _____, médecin-dentiste à [...], a été victime, le 23 juin 2013, d'un accident de voiture lors duquel elle a subi une fracture des vertèbres D9 et D12 sans atteinte du mur postérieur, traitée conservativement (corset trois points pendant trois mois) et une fracture de l'arc postérieur de la septième côte droite avec pneumothorax (rapport de sortie du 7 mai 2014 du service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la Clinique romande de réadaptation [CRR] de la CNA, à Sion). En raison de la persistance de « flash back » avec angoisses nocturnes depuis l'accident, le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique comprenant un épisode anxio-dépressif non psychotique (F32.2, F41.1) a été posé et une incapacité de travail de 80 % attestée, principalement en raison de la persistance des douleurs (rapport du 7 février 2014 du Dr K. _____).

b) En raison des séquelles de cet accident, l'assurée a déposé le 3 décembre 2013 une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Considérant que l'activité d'assistante dentaire n'était plus exigible en raison des positions statiques en porte-à-faux (avis du 19 mai 2015 du Dr J. _____, médecin au SMR [Service médical régional de l'assurance-invalidité]), l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a alloué à l'assurée une mesure de reclassement professionnel, sous la forme d'un apprentissage d'employée de commerce. Au terme de sa formation, l'assurée a obtenu un certificat fédéral de capacité. Après avoir effectué du 1^{er} janvier au 31 mars 2018 une activité de remplacement à 50 % pour le compte de D. _____, elle a été engagée du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019 par les T. _____ en qualité d'auxiliaire administrative à plein temps.

Dans le cadre de son apprentissage, l'assurée a présenté des difficultés à gérer ses douleurs (cf. rapport du Dr N. _____, spécialiste en

chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 14 décembre 2016). Compte tenu de la situation, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise rhumatologique à la Dre Y._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie. Dans son rapport du 21 août 2017, ce médecin a retenu les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - de déconditionnement musculaire global et de douleurs de la région dorsolombaire (dans le contexte d'un status post-fracture biconcave D9 et du plateau supérieur de D12). Sans répercussion sur la capacité de travail, elle a diagnostiqué une ancienne fracture de la côte VII à droite, arc postérieur, et évoqué un hypothétique syndrome douloureux persistant somatoforme « à confirmer par une expertise psychiatrique ». Si l'assurée présentait une totale incapacité de travail dans l'activité d'assistante dentaire depuis le 23 juin 2013, sa capacité de travail était de 70 % dès le 1^{er} avril 2015 dans une activité adaptée (telle que celle d'employée de commerce), puis de 80 % dès le 1^{er} janvier 2017. Après traitement de reconditionnement musculaire, une pleine capacité de travail était exigible dans l'activité d'employée de commerce. Les limitations fonctionnelles retenues par l'experte étaient les suivantes :

- station debout de deux à trois heures, ensuite doit pouvoir se relaxer ;
- station assise possible trois à quatre heures avec un ou deux levers de quelques secondes ;
- éviter le maintien debout en porte-à-faux du tronc de manière préventive, éviter les mouvements répétitifs en flexion-extension du rachis lombaire et les mouvements en rotation bien que le porte-à-faux ne soit pas déclaré douloureux, ni les mouvements du rachis ;
- éviter la marche sur terrain instable, le travail en hauteur, et ;
- port de charge, cinq à huit kilos occasionnellement.

Dans un avis du 5 septembre 2017, le SMR a estimé, au vu des éléments au dossier, que la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique n'était pas justifiée.

Par projet du 11 janvier 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui refuser tout droit à une rente d'invalidité.

Reprenant l'examen du dossier à la suite de l'opposition formée par l'assurée à ce projet de décision, le SMR a rendu un nouvel avis le 18 septembre 2018, dont les conclusions ont la teneur suivante :

Cette assurée a été limitée sur le plan somatique par les séquelles de son accident, ce qui a nécessité une reconversion professionnelle du métier d'assistante dentaire à celui d'employée de commerce ; cette reconversion est bien réussie et l'assurée a repris à travailler à 100% dans cette activité adaptée dès avril 2018. L'atteinte psychique semble être résolue, raison pour laquelle le SMR ne retient pas de LF [limitations fonctionnelles] durables sur le plan psychologique depuis la fin du suivi psychiatrique (fin 2016). Le SMR retient cependant une limitation de la CT [capacité de travail] à 50% pendant la période de juillet 2014 à décembre 2016 comme attesté par le Dr K. _____ (17.11.2016) et la Dre E. _____ (12.12.2016). Le projet de décision du 11.01.2018 se basait exclusivement sur l'expertise rhumatologique, qui ne tenait pas compte des limitations psychiques effectivement présentes entre juillet 2014 et décembre 2016. Dès janvier 2017 la CT est 80% dans l'activité adaptée (attestée par l'expertise rhumatologique du 21.08.2017) avec augmentation à 100% dès reconditionnement à l'effort ; ce reconditionnement n'était pas encore accompli en septembre 2017 (RM Dr G. _____ 14.09.2017 GED 26.03.2018) mais on peut le considérer accompli dès le 01.04.2018 (date de reprise à 100%).

Par décision du 31 octobre 2018, l'OAI a formellement constaté que l'assurée ne pouvait pas prétendre à une rente et à des mesures professionnelles supplémentaires.

B. **a)** Par acte du 3 décembre 2018, S. _____, représentée par Me Karim Hichri, a formé recours contre la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement au renvoi du dossier de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision et subsidiairement à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité « à partir du 1^{er} juin 2014, sous déduction des indemnités journalières ». En substance, l'assurée contestait tant la capacité de travail retenue que les bases de calcul de la comparaison des revenus effectuée.

b) Dans sa réponse du 4 mars 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée, estimant que les critiques de l'assurée n'étaient pas susceptibles de modifier sa position.

c) Par réplique du 26 mars 2019, l'assurée a maintenu ses précédentes conclusions. Elle a versé en cause un rapport médical du 6 juin 2018 de la Dre E._____, laquelle faisait état d'une capacité de travail de 70 à 80 % ; compte tenu de la fragilité psychique de l'assurée, ce médecin préconisait un environnement de travail adapté (sans bruit fort ; manipulations de poids lourds limitées) et la réalisation d'une expertise psychiatrique.

d) Dans sa duplique du 2 mai 2019, l'OAI a maintenu sa position. Il a versé en cause deux rapports d'expertise établis à la demande d'P._____ SA, à savoir :

- un rapport d'expertise psychiatrique du 8 janvier 2019 de la Dre F._____, spécialiste en pathologie ainsi qu'en psychiatrie et psychothérapie, complété le 24 avril 2019. Cette médecin estimait que, sur le plan strictement psychiatrique, l'assurée présentait une capacité de travail entière, sans diminution de rendement, dans son poste d'employée de commerce ;

- un rapport d'expertise orthopédique du 9 janvier 2019 du Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, complété le 18 avril 2019. Ce médecin estimait que l'assurée présentait une capacité de travail entière, avec une diminution de rendement de 10 %, dans son poste d'employée de commerce.

e) L'assurée a déposé des observations complémentaires le 28 mai 2019, indiquant maintenir son point de vue.

f) Au terme d'un ultime échange de correspondances des 11 juillet et 26 août 2019, les parties ont maintenu leur position respective.

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, singulièrement le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (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.

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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, 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 demi-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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGGA).

b) 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 un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée 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).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGGA), 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).

4. a) En l'espèce, l'intimé a constaté que la recourante disposait, à l'issue des mesures professionnelles mises en place entre 2014 et fin 2017, d'une entière capacité de travail dans son activité d'employée de commerce depuis le 1^{er} avril 2018 et nié tout droit à une rente et à d'autres mesures supplémentaires en sa faveur.

Ne partageant pas ce point de vue, la recourante conteste la pleine capacité de travail retenue en opposant l'avis de ses médecins sur la question.

b) aa) Sur le plan somatique, la Dre Y._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, a, dans son rapport du 21 août 2017, retenu les éléments suivants :

A l'examen physique du jour, la statique rachidienne est normale, la mobilité est complètement normale pour le Schober dorsal et lombaire, l'inclinaison du buste est symétrique, la rotation est un peu moins bonne à droite qu'à gauche. A la palpation, on ne relève qu'une minime contracture en paravertébral de la vertèbre D9. Aucune autre contracture dans la région et aucune autre douleur à la palpation rachidienne. Pas de douleur non plus à la palpation des côtes (ancienne fracture de la 7^{ème} côte droite).

Le jour même, madame S. _____ dit souffri[r] à une intensité de 5 sur 10 cm EVA. Force est de constater qu'après l'examen clinique, il n'y a pas de corrélation entre l'examen quasiment vierge et l'intensité des douleurs avancées.

Madame peut tenir debout les yeux fermés, a une très bonne statique unipodale les yeux fermés, peut descendre accroupie sans problème, se redresser plusieurs fois de la position penchée en avant. Elle supporte même le porte-à-faux du buste à 70°, les genoux tendus.

L'examen relève néanmoins un déconditionnement musculaire global, L'experte explique que la prise en charge en physiothérapie doit s'intensifier et mettre l'accent sur le renforcement musculaire. De ce point de vue, l'experte a téléphoné au physiothérapeute habituel pour lui donner les indications et a également laissé un message au médecin traitant la Dresse E. _____.

En conclusion, sur le plan physique uniquement, l'assurée peut, pour l'instant, exercer une capacité de travail de 80% au poste habituel. Cette capacité va augmenter après reconditionnement musculaire et psychologique à l'effort.

[...]

De son côté, le Dr V. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a, dans son rapport du 9 janvier 2019, retenu les éléments suivants :

L'entretien du 17.12.2018 s'est déroulé dans de bonnes conditions. Il a permis de mieux comprendre, clarifier ou préciser une partie des circonstances accidentelles et de l'évolution.

Pour cet aspect, je souligne le comportement adéquat de l'assurée, sa propreté de langage et sa richesse de détails. Je n'ai pas remarqué de nécessité particulière de bouger, à partir de la station assise, durant au minimum une heure et demie. Le discours a été particulièrement centré sur le volet algique, qui a constitué le thème principal, les considérations fonctionnelles, handicapantes, venant en deuxième plan. Les douleurs décrites ont plutôt un caractère mécanique qu'inflammatoire, avec une composante d'exacerbation intervenant lors de tension ou de stress.

L'examen clinique s'est également passé sans difficultés, ni manifestations de réticence. En particulier, la collaboration a été jugée bonne. Je retiens ici, en résumé, une impression de déconditionnement modéré et une raideur, essentiellement de la colonne vertébrale, dans un cadre d'intégrité neurologique. Deux signes d'inorganicité (Waddel) ont été trouvés positifs (étendue/imprécision de la réponse algique et pseudo-rotation du corps). Je n'ai pas trouvé de modification clinique somatique d'importance. L'aspect et les caractéristiques des téguments sont sans particularité. Il n'y a pas de cyphose ni de déviation scolioïde,

cliniquement significative. Je n'ai pu objectiver de zones d'amyotrophie localisée. Globalement, ce tableau me permet d'exclure, d'une part, toute limitation majeure ou déficit fonctionnel d'importance, qui puisse directement être mis en relation de causalité, avec l'accident de juin 2013 et, d'autre part, qui puisse expliquer et/ou justifier une réduction de la capacité de travail, dans une activité exigible, telle que définie.

Le bilan radiologique a été visualisé, dans sa totalité, sur un écran habituel d'ordinateur. La fracture du corps de D12, dans sa partie antéro-supérieure droite, est confirmée. Des autres niveaux lésionnels, il a déjà été discuté. La fracture costale droite, me semble être localisée sur la partie postérieure de la 6^{ème} et non sur la 7^{ème}, comme rapporté par plusieurs documents. Je n'ai pu visualiser directement de pneumothorax. Au niveau de la charnière lombo-sacrée, une anomalie de transition est présente symétrique, sous forme d'une sacralisation de la vertèbre lombaire la plus basse. Les sacro-iliaques paraissent irrégulières, dans leur partie distale. La tête fémorale gauche présente une ébauche de couronne ostéophyttaire, dans un cadre pelvi-fémoral conservé. Le bilan du 21.08.2017, permet de visualiser une spondylarthrose étagée, sévère pour l'âge, productive, plus marquée antérieurement, débutant en D12 et s'étendant jusqu'à D3. Elle est susceptible d'expliquer une partie du tableau algique.

Concernant cette trouvaille, il faut remarquer, que l'installation d'une spondylarthrose étendue ne constitue pas une évolution habituelle, après une fracture de corps vertébral. Même si l'on admet une lésion à plusieurs étages, il est difficile de reconnaître un lien de causalité traumatique, selon la probabilité prépondérante. Néanmoins, en évaluant prudemment les faits, quelques éléments solides tendent à supporter l'hypothèse d'une causalité accidentelle. En particulier, je retiens l'évolution radiologique indubitable, entre la date de l'accident et 2017, l'étendue des lésions traumatiques et le jeune âge. Sans appliquer le principe « post hoc ergo propter hoc », il me semble qu'une causalité, au moins partielle, doit être admise.

On pourrait opposer que, comme toute dégénérescence arthrosique articulaire, il faut deux éléments concomitants, à savoir (sur-)charge et mouvements : ni l'un ni l'autre n'ont été présents, de manière importante, dans les mois et les années suivant l'accident. En effet, après l'immobilisation initiale, Madame S. _____ n'a pas récupéré beaucoup de musculature (charge affaiblie) et n'a pas repris de sport (mouvement et sollicitations générales diminuées). Mais précisément, ce raisonnement conforte le paragraphe précédent. Par ailleurs, l'hypothèse que la spondylarthrose pourrait s'être installée sur la base d'une diathèse, d'origine interne, extra-traumatique ou de possible nature rhumatologique, reste largement théorique, en l'état du dossier.

Pour me déterminer définitivement, j'estime qu'une causalité, au moins partielle, est présente.

De quelque origine que ce soit, le tableau douloureux, subjectif, encore actuellement non quantifiable, en l'absence de modifications somatiques d'importance, malgré ce qui précède, ne peut être tenu pour responsable d'une diminution de la capacité de travail, dans le

cadre exigible. Comme plusieurs collègues, je ne puis expliquer, et encore moins justifier, une diminution de la capacité de travail, dans les circonstances décrites. Il faut aussi tenir présent le fait, que Madame S._____ a renoncé à toute médication antalgique majeure (cf. 2.1), en faveur d'une simple prise occasionnelle, discontinuée, d'anti-inflammatoires et paracétamol.

Sur le vu des différents avis médicaux exprimés au cours de la procédure, il y a lieu de constater que la recourante souffre principalement d'un déconditionnement musculaire global, lequel ne l'empêche pas, moyennant une diminution de son rendement, d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles. Force est toutefois de relever que les avis divergent quant à l'ampleur de la diminution de rendement dont il y a lieu de tenir compte (0 % pour le SMR ; 10 % pour le Dr V._____ ; 20 % pour la Dre Y._____ ; 20 à 30 % pour la Dre E._____). Contrairement à ce que soutient le SMR, il n'y a pas lieu en règle générale de nier d'emblée l'incidence du déconditionnement musculaire sur la capacité de travail, lorsque le déconditionnement se révèle être la conséquence directe et inévitable d'une atteinte à la santé (cf. TF 9C_809/2017 du 27 mars 2018 consid. 5.2). Cela étant, il n'y a pas lieu de trancher entre les divers points de vue exprimés. Il convient en effet d'admettre que la recourante, au terme de sa formation et du droit aux indemnités journalières de l'assurance-invalidité, était suffisamment reconditionnée sur le plan musculaire, puisqu'elle a été en mesure d'assumer une activité professionnelle à plein temps à compter du 1^{er} avril 2018.

bb) Sur le plan psychiatrique, la Dre F._____, spécialiste en pathologie ainsi qu'en psychiatrie et psychothérapie, a, dans son rapport du 8 janvier 2019, retenu les éléments suivants :

A l'examen de ce jour il s'agit d'une jeune femme orientée et collaborante, munie d'excellentes compétences intellectuelles. Vive et également dotée de bonnes capacités de résilience, elle lutte de son mieux pour échapper aux conséquences de ses douleurs et pour mener une vie active. Son discours est sincère et crédible.

L'examen des critères de dépression au sens des classifications internationales relève quelques séquelles compatibles avec un épisode ancien en rémission, alors qu'actuellement l'état de santé psychiatrique au sens strict du terme est excellent. Seules

apparaissent les souffrances secondaires aux douleurs résiduelles à l'accident.

Quant à la question d'un éventuel syndrome douloureux somatoforme persistant, les caractéristiques de ces douleurs, qui font l'objet d'une description fine et précise, avec des localisations parfaitement congruentes avec les lésions décrites aux examens radiologiques, ne sont pas en premier lieu évocatrices d'un tableau somatoforme, mais plutôt de conséquences mécaniques.

En ce qui concerne *l'exigibilité professionnelle*, aucune atteinte psychiatrique à la santé ne justifie aujourd'hui d'incapacité de travail. Seules les limitations fonctionnelles somatiques et notamment le besoin de pauses réparties au long de la journée pourront être prises en considération, selon l'appréciation de l'expert en chirurgie orthopédique, le Dr V._____.

Quant aux *propositions thérapeutiques*, le bon état de santé strictement psychiatrique observé n'en motive aucune dans cette spécialité. Le fait qu'il n'y ait actuellement ni traitement ni suivi spécialisé est congruent avec le status observé.

Face à ces observations et avec l'accord de l'expertisée, contact téléphonique a été pris avec le médecin traitant, la Dr E._____. Dans un aimable échange qui a eu lieu le 14 décembre 2018, cette généraliste a pris note des observations consignées lors de cette expertise et elle s'y est accordée. [...]

Il y a lieu de constater que la recourante ne présente actuellement pas d'atteinte à la santé relevant du registre psychiatrique. Elle ne bénéficie d'ailleurs actuellement d'aucun suivi spécialisé. Il est également le lieu de souligner l'absence d'élément objectif autorisant à poser le diagnostic de trouble somatoforme douloureux - il est admis que les douleurs ont une origine essentiellement somatique -, ce qui rend sans objet les critiques formulées par la recourante dans ses écritures à l'encontre de l'absence de discussion détaillée à propos du caractère invalidant de cette pathologie. Dès lors que l'état de santé psychique de la recourante est actuellement excellent et que seules apparaissent des souffrances secondaires aux douleurs résiduelles à l'accident, il n'existe pas d'indices suffisants justifiant de mettre en œuvre une expertise psychiatrique.

c) Les avis exprimés par les médecins traitants de la recourante - les Drs E._____, N._____ et K._____ - ne sont pas de nature à remettre en cause les avis étayés des experts qui se sont exprimés au cours de la procédure. Si la recourante a certes été limitée

sur les plans somatique et psychiatrique en raison des séquelles de son accident (rapport du 17 janvier 2014 du Dr A._____, spécialiste en médecine interne générale ; rapports des 12 février 2014, 7 mai 2015 et 14 décembre 2016 du Dr N._____; rapport du 17 novembre 2016 du Dr K._____; rapport du 12 décembre 2016 de la Dre E._____), ce qui a nécessité un reclassement professionnel du métier d'assistante dentaire à celui d'employée de commerce, force est de constater que le reclassement a été couronné de succès, et qu'elle peut désormais exercer une activité à 100 % depuis le 1^{er} avril 2018.

d) Sur le plan de l'exigibilité, il y a lieu de constater que la recourante a été réadaptée avec succès par l'intimé dans une activité d'employée de commerce, laquelle est compatible avec les limitations fonctionnelles constatées.

5. Cela étant constaté, il y a lieu de déterminer le degré d'invalidité de la recourante.

a) aa) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; 128 V 174).

bb) En l'occurrence, au terme de sa réadaptation professionnelle, la recourante a retrouvé à compter du 1^{er} avril 2018 une

capacité de travail entière dans l'activité adaptée d'employée de commerce (cf. consid. 4 supra). Sous l'angle du droit à la rente, il convient de déterminer les revenus avec et sans invalidité à l'aune des circonstances prévalant en 2018.

b) aa) Le revenu sans invalidité est celui que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas devenu invalide (art. 16 LPGA; art. 28a al. 1 LAI). Selon la jurisprudence, pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré 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 (ATF 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 6.2).

bb) En l'espèce, il convient de se référer au revenu que la recourante aurait réalisé en 2013 en qualité d'assistante dentaire auprès du cabinet du Dr C. _____ (59'150 fr. ; cf. questionnaire pour l'employeur du 13 janvier 2014) pour déterminer son revenu avant invalidité. Adapté à l'évolution des salaires pour les années 2014 à 2018 (+ 3,2 % ; [Office fédéral de la statistique, Indice des salaires nominaux, femmes, 2011-2018, T.1.2.10]), le revenu sans invalidité se serait élevé à 61'042 fr. 80.

c) aa) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires

payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

bb) En l'espèce, la recourante exerce depuis le 1^{er} avril 2018 une activité d'auxiliaire administrative à un taux de 100 %. En l'absence d'élément laissant à penser que le salaire versé comporterait une part de « salaire social », soit une rémunération dont elle ne pourrait pas fournir la contrepartie en raison de sa capacité de travail limitée, il y a lieu de considérer que cette activité correspond à ses aptitudes et possibilités physiques. La recourante n'a d'ailleurs à aucun moment prétendu le contraire. Ainsi, d'après le contrat de travail du 1^{er} mars 2018 conclu entre la recourante et les T._____, le salaire mensuel brut convenu était de 4'700 fr., versé douze fois l'an, ce qui donne un revenu avec invalidité de 56'400 francs (4'700 fr. x 12).

d) La comparaison d'un revenu de 61'042 fr. 80 avec un revenu de 56'400 fr. aboutit à un degré d'invalidité de 8 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

6. a) Mal fondé, le recours doit par conséquent être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

prononce :

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 31 octobre 2018 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 mis à la charge de S._____.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Karim Hichri (pour S._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :