

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 octobre 2021

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
M. Neu et Mme Pasche, juges  
Greffière : Mme Tagliani

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par l'Association suisse des assurés (ASSUAS),

et

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

---

**Art. 6ss et 16 LPGA ; art. 8 al. 1 et 28 al. 1 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** F.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], mariée et mère de trois enfants dont deux sont majeurs, est arrivée en Suisse en 1996. Dans son pays d'origine, [...], elle avait obtenu un diplôme d'études professionnelles de « technique de la médecine » en 1990. En Suisse, elle a exercé l'activité d'aide-infirmière à temps complet, en tant que stagiaire durant plusieurs mois en 2009 puis comme employée dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010, pour H.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'employeur).

Le 29 octobre 2015, dans le cadre de son travail, l'assurée a subi un accident, lorsqu'une de ses patientes a chuté sur elle à la sortie de la douche, et qu'elle a essayé de la retenir. Le cas a été annoncé à C.\_\_\_\_\_ SA (ci-après : C.\_\_\_\_\_ ou l'assurance-accidents) par le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin à H.\_\_\_\_\_. L'assurance-accidents a pris le cas en charge. Le Dr P.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée présentait des contusions cervicales et des membres inférieurs, ainsi que des hématomes aux quadriceps. Il a prescrit un arrêt de travail du 29 octobre au 25 novembre 2015 et l'assurée a repris son activité le 26 novembre 2015.

Par formulaire complété le 12 octobre 2016, l'assurée a sollicité des prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle a indiqué souffrir de douleurs du dos depuis 2015, qui étaient augmentées par le port de charges lourdes dans le cadre de son travail. L'assurée a ajouté que l'accident précité était à l'origine de cette atteinte. Elle a mentionné avoir été à nouveau en incapacité de travail à 100 % depuis le 28 avril 2016.

L'OAI a recueilli des renseignements médicaux au sujet de l'assurée. Par rapport du 8 décembre 2016, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a indiqué qu'il suivait l'assurée depuis le 23 mai 2016. Il retenait les diagnostics suivants comme ayant un effet sur sa capacité de travail : des cervico-dorsalgies gauches et une lombalgie chronique d'origine musculo tensive, associées à une composante somatoforme

post-accident, depuis le mois d'octobre 2015. Les douleurs rachidiennes étaient aggravées par l'effort, la position assise ou debout prolongée et la position accroupie. La limite de port de charges était située à 10 kg et les activités uniquement en position assise, principalement en marchant ou avec les bras au-dessus de la tête étaient exigibles selon le médecin probablement durant quatre heures par jour, avec des pauses. Le Dr M.\_\_\_\_\_ a rapporté que depuis la fin octobre 2015, à la suite d'un effort avec faux mouvement sur sa place de travail, l'assurée se plaignait de cervico-brachialgies gauches occasionnelles avec description de paresthésies et sensation de secousses d'électricité ainsi que de dorso-lombalgies. Les investigations menées permettaient d'exclure une atteinte neurogène ainsi qu'un problème d'épaule. Plusieurs traitements avaient échoué (la physiothérapie ambulatoire à sec et en piscine, l'ostéopathie, l'acupuncture, la chiropractie, les médicaments Cymbalta, Zaldiar, Sirdalud, Mydocalm, Voltarène, Irfen, la mésothérapie et une infiltration lombaire L4-L5 le 1<sup>er</sup> juin 2016). L'assurée prenait désormais le médicament Co-dafalgan à but antalgique, ainsi que du Sertraline, du Zoloft et du Rivotril. Il relevait le risque de chronicisation de la douleur. Le Dr M.\_\_\_\_\_ retenait une incapacité de travail totale de l'assurée dans son activité d'aide-soignante, du 30 mai au 31 décembre 2016, et il précisait qu'une expertise médicale devrait déterminer la capacité de travail exigible de l'assurée dans son activité habituelle, ainsi que la possibilité de l'amélioration de sa capacité de travail.

Le Dr M.\_\_\_\_\_ a joint plusieurs documents médicaux à son envoi. Le Dr [...], spécialiste en neurologie, avait relevé le 25 janvier 2016 une « absence d'élément clinique ou électrophysiologique de dysfonction neurologique périphérique participant aux symptômes » de l'assurée. Par ailleurs, un rapport d'échographie de l'épaule gauche de l'assurée, effectuée le 13 janvier 2016, n'avait révélé aucune anomalie notable. Une IRM de la colonne cervicale effectuée le 18 novembre 2015 était dans les limites de la norme et il n'avait pas été décelé de hernie discale. Une IRM lombo-sacrée du 25 mai 2016 n'avait pas révélé de discopathie de L5 à S1, mais avait mis en évidence de modérées poussées congestives facettaires postérieures L4-L5 et L5-S1 ; aucune lésion n'était visible.

Sollicité par l'OAI, l'employeur a rempli un questionnaire au sujet de l'assurée le 13 décembre 2016, dans lequel il a notamment décrit ses tâches, sa rémunération et indiqué que le dernier jour de travail effectif avait été le 20 mai 2016.

Par rapport du 15 décembre 2016, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a indiqué à l'OAI qu'il suivait cette dernière depuis le 19 février 2013 et qu'il retenait les diagnostics de lombalgies et dorsalgies à la suite d'une chute au travail. Il indiquait que l'assurée était en incapacité de travail totale depuis le 29 avril 2016, qu'elle ne pouvait pas rester debout et porter des charges de plus de 5 kg ; son activité habituelle n'était plus exigible. Le Dr W.\_\_\_\_\_ notait également le début d'un état dépressif et listait des limitations fonctionnelles somatiques. Il a joint à son envoi un rapport d'examen radiologique du 13 janvier 2016 de la colonne thoracique, effectué à sa demande, qui concluait à une minéralisation osseuse normale, une hauteur normale des corps et espaces vertébraux, une absence de tassement vertébral et de recul du mur postérieur. Un autre résultat d'imagerie radiologique, de la colonne cervicale de l'assurée, effectuée le 30 novembre 2016, n'avait pas révélé d'anomalie radiologique standard. Le médecin a également transmis à l'OAI plusieurs rapports que le Dr M.\_\_\_\_\_ lui avait adressés, qui l'informait de l'évolution de l'état de santé de l'assurée et de l'efficacité des traitements, au gré de ses consultations. Le 30 juin 2016, le Dr M.\_\_\_\_\_ écrivait au Dr W.\_\_\_\_\_ que les douleurs de l'assurée étaient mal systématisées et probablement d'origine somatoforme. Dans un courrier du 12 septembre 2016, le Dr M.\_\_\_\_\_ rapportait notamment l'échec de divers traitements, la persistance des plaintes de l'assurée et qu'à son avis, le côté psychique jouait un rôle important sur la symptomatologie.

L'assurée a complété le formulaire de détermination du statut à l'attention de l'OAI le 15 décembre 2016 et a déclaré que sans atteinte à sa santé, elle travaillerait à 100 % depuis le 31 décembre 2009, par nécessité financière.

Par communication du 25 janvier 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'il considérait que des mesures d'intervention précoces n'étaient pas indiquées dans son cas, pas plus que des mesures de réadaptation d'ordre professionnel, car sa situation médicale n'était pas encore stabilisée.

Le 31 janvier 2017, le dossier de l'assurée auprès de C. \_\_\_\_\_ a été versé à celui de l'OAI. Le médecin consultant de l'assurance-accidents avait estimé le 13 septembre 2016 que l'état de santé de l'assurée n'était plus en lien avec l'accident, notamment en raison du rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ du 30 juin 2016. Par décision du 31 janvier 2017, C. \_\_\_\_\_ a considéré que les divers examens médicaux pratiqués depuis le mois de mai 2016 n'avaient démontré aucune lésion objectivable susceptible d'être la conséquence de la chute d'octobre 2015. Le cas ne relevait dès lors plus de cette assurance. L'assurée a contesté ladite décision le 7 février 2017.

Dans un avis du 7 février 2017, le Service médical régional de Suisse romande de l'OAI (ci-après : le SMR) a estimé que l'assurée souffrait de douleurs chroniques du rachis cervical et lombaire, apparues à la suite d'un accident, sans aucune atteinte somatique identifiable, soit des douleurs qui se prolongeaient au-delà du délai habituel de guérison. Les médecins du SMR ont relevé les limitations fonctionnelles de l'assurée, soit les positions assise ou debout prolongées (au maximum quatre heures avec des pauses), les positions accroupie ou à genoux, le port de charges de plus de 5 ou 10 kg, et le travail sur échelle ou échafaudage. Les médecins du SMR préconisaient un nouvel examen du Dr M. \_\_\_\_\_, qui avait évoqué la possibilité d'un trouble somatoforme douloureux, ainsi que l'interrogatoire du médecin psychiatre traitant de l'assurée.

Sollicité par l'OAI, le Dr M. \_\_\_\_\_ a établi un nouveau rapport le 14 février 2017. Le diagnostic qu'il retenait, avec répercussion sur la capacité de travail, consistait en des rachialgies musculo-tensives avec composante somatoforme associée. Il ne notait aucune amélioration

depuis son dernier rapport. L'assurée consultait un psychiatre et elle avait signalé au Dr M. \_\_\_\_\_ des épisodes de crises d'angoisse à la suite de l'annonce de son licenciement. Le médecin a listé les plaintes rapportées par l'assurée et noté qu'elle présentait des « troubles de l'humeur secondaire (dépression) ». Le Dr M. \_\_\_\_\_ a indiqué que la durée de la symptomatologie, qui restait très vive après près d'une année et demi, était difficilement justifiable par l'accident uniquement, surtout en l'absence de lésions objectivables malgré les multiples investigations réalisées. Le Dr M. \_\_\_\_\_ avait constaté la présence de trois points de Smythe sur dix-huit. Il estimait que compte tenu de l'environnement familial de l'assurée, qui était la seule à avoir une activité lucrative et qui avait des crises d'angoisse depuis la perte de son travail, il y avait vraisemblablement « un composant somatoforme qui a[vait] eu un rôle dans la chronification de la symptomatologie douloureuse ». Le traitement de l'assurée comprenait les médicaments Co-dafalgan, Temesta, Lioresal et Axotide (pour des crises de toux probablement d'origine anxiogène), ainsi que de la physiothérapie à raison de deux fois par semaine. Le Dr M. \_\_\_\_\_ retenait une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, et d'au moins 50 % dans une activité adaptée depuis probablement le mois de juillet 2016. Au titre de limitations fonctionnelles, le médecin indiquait le port de charges de plus de 10 kg, les positions statiques prolongées, mais qui restaient possibles moyennant des pauses de dix minutes toutes les heures, et le mouvement de se pencher de manière répétitive.

Par rapport du 13 mars 2017, le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a informé l'OAI qu'il suivait l'assurée, qui n'avait aucun antécédent psychiatrique, depuis le 30 septembre 2016 et qu'il avait posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec symptômes somatiques (F32.11), depuis mars 2016. Le pronostic du médecin était défavorable et il rapportait que la maladie de l'assurée était devenue une obsession pour elle, qu'elle présentait une aboulie, une anhédonie, et une baisse de l'élan vital. La douleur toujours présente l'empêchait d'oublier l'accident. Les deux traitements anti-dépresseurs dont elle avait bénéficié n'avaient pas apporté de modification du tableau thymique et

douloureux ; elle continuait de prendre du Temesta. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ attestait l'incapacité de travail totale de l'assurée dans son activité habituelle depuis mars 2016, pour une durée indéterminée. Le médecin ne pouvait pas répondre à la question portant sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ constatait que l'assurée n'était pas, au moment de son rapport, dans une dynamique de reprise du travail. Elle se considérait comme malade, invalide et incapable de travailler, mais était cependant ouverte à un travail adapté à son handicap si on le lui proposait. Le médecin retenait de l'irritabilité et de la nervosité comme limitations fonctionnelles psychiatriques, la capacité d'adaptation de l'assurée était limitée et elle avait de la difficulté à « tourner la page sur le traumatisme ». Ces éléments compliquaient les relations interpersonnelles, empêchaient de fréquents contacts avec une clientèle, impliquaient un manque d'autonomie, d'endurance et de résistance au stress ainsi que l'impossibilité d'effectuer des tâches complexes, exigeant de la précision, de la rapidité, ou une adaptation permanente.

Dans un avis médical du 4 mai 2017, les médecins du SMR ont préconisé la mise en œuvre d'une expertise ou d'un examen rhumatopsychiatrique, afin de mettre au clair certaines contradictions dans l'évaluation psychiatrique et de préciser l'origine des douleurs musculosquelettiques de l'assurée. Les contradictions relevées concernaient le début des troubles (le Dr Z. \_\_\_\_\_ retenait que l'épisode dépressif moyen était consécutif à l'annonce du licenciement de l'assurée, en novembre 2016, pourtant il la suivait depuis le mois de septembre 2016) et la capacité de travail dans l'activité habituelle, que le psychiatre estimait nulle alors que l'épisode dépressif était qualifié de moyen. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ ne se prononçait en outre pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Les médecins du SMR ont par ailleurs noté que le diagnostic de fibromyalgie semblait écarté par le Dr M. \_\_\_\_\_, qui avait recensé trois points douloureux de Smythe.

En tant qu'assurance collective d'indemnité journalière en cas de maladie, R. \_\_\_\_\_ SA (ci-après : R. \_\_\_\_\_) a requis la transmission du dossier de l'OAI et informé ce dernier qu'elle allait mettre en œuvre une

expertise de l'assurée. Cette expertise, menée par le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a fait l'objet d'un rapport du 12 juillet 2017. Lors de la discussion anamnestique, l'assurée a rapporté un drame familial, survenu le 15 mai 2017 ([...]). Elle avait arrêté la physiothérapie et ne prenait plus de médicament antidépresseur. Au niveau professionnel, elle avait initialement fait un essai à H.\_\_\_\_\_ comme infirmière, mais en raison de difficultés linguistiques à l'oral et à l'écrit, l'employeur lui avait plutôt proposé un poste d'aide-soignante. À l'examen clinique, le Dr V.\_\_\_\_\_ a notamment relevé que les articulations ne présentaient pas de signe d'arthrite, synovite ou ténosynovite et que les amplitudes étaient conservées. Il retenait les diagnostics de rachialgies chroniques, surcharge pondérale et arthrose inter-facettaire débutante en L4-L5. S'agissant de la capacité de travail, l'expert expliquait qu'il n'y avait pas de substrat organique clair aux rachialgies et brachialgies, pas de déficit ou pathologie neurologique, pas d'arthropathie inflammatoire ou de trouble ostéoarticulaire dégénératif significatif. Le tableau clinique évoquait avant tout un trouble douloureux somatoforme persistant ; il n'y avait pas, du point de vue somatique, de pathologie justifiant une incapacité de travail significative et durable. Du point de vue théorique et somatique, l'assurée pouvait reprendre son ancienne activité ou une quelconque autre activité. R.\_\_\_\_\_ a mis fin aux prestations de l'assurée, liées à son incapacité ayant débuté le 23 mai 2016, au 22 mai 2018.

Le Dr W.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI le 26 avril 2018 d'une thermoablation radiculaire prévue pour l'assurée, à la suite de sa consultation en antalgie le 8 mars 2018 auprès de la Dre S.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et médecine intensive. Cette médecin avait relevé que la symptomatologie était frustrée, mal systématisée et qu'elle survenait dans un contexte psychosocial particulièrement difficile. Elle préconisait une prise en charge globale et générale ainsi qu'un travail personnel de l'assurée.

L'expertise pluridisciplinaire de l'assurée, ordonnée par l'OAI, a été attribuée via la plate-forme SwissMed@p au D.\_\_\_\_\_ (ci-après :

D.\_\_\_\_\_). La Dre K.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, médecine physique et réadaptation a examiné l'assurée le 23 juillet 2018, alors que les Drs J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, l'ont chacun examinée le 24 juillet 2018. Au terme du rapport que les experts ont daté du 21 septembre 2018, ces derniers ont retenu comme diagnostics pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail :

- Un syndrome musculosquelettique douloureux gauche caractérisé par des cervicobrachialgies gauches, des dorso-lombalgies gauches, sans réel substrat organique,
- Des cervicalgies, cervicobrachialgies chroniques non déficitaires gauches sans substrat organique,
- Des dorso-lombalgies chroniques sur troubles statiques et de très discrets troubles dégénératifs débutants,
- Une dysbalance musculaire,
- Une obésité,
- Un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) depuis la fin de l'année 2015.

Les experts n'ont pas retenu de limitation fonctionnelle sur le plan somatique, mais ont précisé qu'il faudrait que l'assurée pratique une activité avec un stress limité afin d'éviter une baisse de rendement. La capacité de travail de l'assurée était entière dans l'activité habituelle, avec une baisse de rendement de 20 % en raison des troubles sur le plan psychique, et entière dans une activité adaptée.

Par avis médical du 5 décembre 2018, le SMR a estimé que l'expertise précitée était concluante et que ses conclusions recoupaient celles de l'expert V.\_\_\_\_\_, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de leur appréciation.

Par projet de décision du 12 décembre 2018, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité, motif pris qu'à la fin du délai

d'attente d'une année, soit le 22 mai 2017, une capacité de travail de 80 % lui était reconnue dans son ancienne activité, comme dans une activité adaptée. Il en découlait un degré d'invalidité de 20 %, qui n'ouvrait pas le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

Par courrier du 28 janvier 2019, l'Association suisse des assurés (ci-après : ASSUAS), représentant désormais l'assurée, a formulé des objections au projet de décision précité. L'assurée a fait valoir en substance que le volet psychiatrique de l'expertise pluridisciplinaire était contradictoire, car le Dr B.\_\_\_\_\_ ne retenait pas le diagnostic de dépression, pourtant il recommandait le suivi d'un traitement antidépresseur. L'expert estimait en outre qu'une reconversion professionnelle était nécessaire, alors qu'il retenait une capacité de travail entière dans toute activité. L'assurée peinait à comprendre la baisse de rendement de 20 % qui ressortait de l'expertise, sans mention ni définition de ses limitations fonctionnelles. Elle a requis de l'OAI un délai pour produire un rapport médical psychiatrique, et conclu à l'annulation du projet de décision, à l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité.

Le 5 avril 2019, l'assurée a complété ses objections et réitéré ses conclusions. Elle a produit un rapport du Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, établi le 28 février 2019 après sa première consultation à son cabinet. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a procédé à un examen clinique et pris connaissance d'un résultat sanguin du 12 novembre 2018 (hémogramme dans la norme, ferritine abaissée, hormone thyroïdienne normale), du rapport d'IRM de la colonne lombosacrée du 25 mai 2016 et du rapport du 8 mars 2018 de la Dre S.\_\_\_\_\_. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il retenait un diagnostic de cervico-dorso-lombalgies chroniques et communes avec au niveau lombaire une limitation de la mobilité, sans contracture de la musculature paravertébrale. Les éléments radiologiques à sa disposition ne semblaient pas avoir révélé d'anomalie au niveau de la colonne cervicale, des articulations sacro-iliaques ni d'anomalie significative de la colonne lombaire en-dehors de troubles dégénératifs des articulations postérieures

L4-L5 et L5-S1 en phase inflammatoire. Il retenait également une très probable tendinopathie du moyen fessier gauche, qui accompagnait souvent les rachialgies. Il n'y avait pas, selon le Dr T.\_\_\_\_\_, de limitation objective du rachis hormis les douleurs, cependant la reprise de l'activité d'aide-infirmière de l'assurée, physiquement exigeante, lui paraissait difficile. Dans son activité habituelle, le médecin estimait que l'assurée présentait une incapacité de travail d'au moins 80 % liée aux douleurs et différentes plaintes. L'assurée « pourrait par contre probablement bénéficier d'un poste de travail moins pénible physiquement, sans ports de charges lourdes, sans mouvements répétitifs du rachis dorso-lombaire ».

Par avis médical du 19 août 2019, le SMR a relevé que l'appréciation du Dr T.\_\_\_\_\_ ne comportait aucun indice d'aggravation depuis l'expertise pluridisciplinaire, mais a décidé de se rallier à son avis s'agissant de l'existence de limitations fonctionnelles durables secondaires à des rachialgies mécaniques non déficitaires, après relecture du volet rhumatologique de l'expertise du D.\_\_\_\_\_. En particulier, le SMR a reproduit la phrase suivante de l'expert rhumatologue (cf. p. 19 de ce volet) :

« En ce qui concerne la capacité de travail, Madame F.\_\_\_\_\_, au vu de ce qui précède, pourrait théoriquement exercer son ancienne activité professionnelle d'aide-soignante, en tous cas exercer une activité adaptée, moins physiquement astreignante que celle dans les soins, ceci à 100 % sans perte de rendement »

Les limitations fonctionnelles retenues par le SMR impliquaient une activité légère, sédentaire ou semi-sédentaire principalement en position assise, permettant l'alternance des positions, sans manipulation de charges de plus de 5 kg, sans déplacement en terrain irrégulier, sans travail en hauteur ou sur échelle, sans travail à genoux et/ou en station accroupie, sans position du tronc tenue en porte-à-faux, sans flexions-rotations répétées du tronc, sans gestes demandant de maintenir les mains au-dessus du plan des épaules ni de soulever des charges de plus de 1 à 2 kg à bout de bras, une activité sans haut niveau de stress, en milieu tempéré, à heures fixes et réparties sur cinq jours ouvrables. Le

SMR retenait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 20 % dans les situations de stress dès le 28 avril 2016.

Par décision du 27 novembre 2019 et courrier du même jour en faisant partie intégrante, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif qu'elle présentait certes une incapacité de travail totale dans son activité habituelle, mais qu'elle disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, avec une baisse de rendement de 20 %. Le degré d'invalidité de l'assurée s'élevait à 22,6 %, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité. Par ailleurs, aucune mesure professionnelle ne pouvait permettre de réduire le préjudice économique de l'assurée, qui ne disposait pas d'une formation qualifiante, maîtrisait faiblement la langue française, avait une capacité d'adaptation réduite et en raison de son âge.

**B.** Par acte du 13 janvier 2020, F.\_\_\_\_\_, toujours représentée par ASSUAS, a formé recours contre la décision précitée, par-devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a principalement conclu, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision, ainsi qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures d'ordre professionnel. La recourante a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire le 7 février 2020.

En substance, la recourante a fait valoir que son atteinte à la santé et ses limitations fonctionnelles auraient dû mener l'intimé à retenir une capacité de travail nulle dans toute activité, depuis 2015. Elle a argué qu'un taux d'abattement global de 25 % aurait dû être pris en compte sur son revenu d'invalidé, en raison de plusieurs facteurs personnels et professionnels interdépendants (sa capacité de travail diminuée par son atteinte à la santé, son âge, et ses limitations fonctionnelles). Elle a relevé que selon « les spécialistes », elle pourrait reprendre une activité adaptée à ses limitations mais aurait besoin d'une reconversion ou de mesures professionnelles. Au vu de « ses limitations et ses lacunes de français, toute une palette d'activités professionnelles pour lesquelles aucune

qualification professionnelle n'était requise » était impossible dans son cas. Le calcul du degré d'invalidité devait en outre, selon la recourante, être effectué en tenant compte des salaires pratiqués dans le canton de Vaud pour des activités précises, qui restaient à déterminer par le biais de mesures d'ordre professionnel.

Par décision du 24 février 2020, la juge instructrice a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire à la recourante, avec effet au 7 février 2020, sous forme de l'exonération d'avances et des frais judiciaires.

L'intimé a répondu au recours le 23 mars 2020 et proposé son rejet.

La recourante a déposé une réplique auprès de la Cour de céans le 15 juin 2020, par laquelle elle a confirmé ses conclusions et demandé subsidiairement qu'une expertise médicale complémentaire soit mise en œuvre afin de « déterminer objectivement quel métier sans qualification et sans mouvements répétitifs [était] encore adéquat à [s]a situation ». Elle a relevé que l'intimé sous-estimait ses qualifications professionnelles, et produit son diplôme de « technique de la médecine » obtenu en 1990 en [...], ainsi qu'une attestation de cours de français équivalant au niveau A2.1 du Cadre européen commun de référence pour les langues, suivi auprès de l'association [...] en 2016. La recourante estimait qu'elle pourrait reprendre une activité adaptée dans le domaine de la santé, moyennant une reconversion ou des mesures professionnelles. Elle contestait par ailleurs que l'éventail d'activités adaptées à sa situation soit large.

Par duplique du 13 juillet 2020, l'intimé a confirmé sa position et produit une communication interne de l'une de ses spécialistes en réinsertion professionnelle, du 1<sup>er</sup> juillet 2020, qui se prononçait sur le niveau de formation et de langue de la recourante, ainsi que sur les mesures professionnelles demandées.

La recourante ne s'est pas déterminée plus avant.

**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 compte tenu des fêtes de fin d'année, 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 art. 38 al. 4 let. c LPGA) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours 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 (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 ; 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C\_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1).

**b)** Le litige porte en l'occurrence sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel.

**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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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, dans sa teneur en vigueur au 30 décembre 2020, vu l'art. 82a 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). 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 LPGA).

Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % 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.

**c)** S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI). Selon la jurisprudence, le délai d'attente d'une année commence à courir au moment où l'on constate une diminution sensible de la capacité de travail, un taux d'incapacité de 20 % étant déjà considéré comme pertinent en ce sens (TF 9C\_162/2011 du 11 novembre 2011 consid. 2.3 ; TFA I 411/96 du 16 octobre 1997 consid. 3c, in : VSI 1998 p. 126).

**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 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).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

Fondés sur l'art. 59 al. 2<sup>bis</sup> 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 RAI). 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. 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 (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C\_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

**c)** Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281

consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**5.** En l'espèce, la recourante critique la décision attaquée sous trois axes, soit l'appréciation de sa capacité de travail, le refus de lui octroyer des mesures d'ordre professionnel et l'établissement de son revenu d'invalidé.

**6.** Sur le plan médical, la nature de l'atteinte à la santé de la recourante, pertinente dans le cadre de l'assurance-invalidité, n'est pas contestée. La recourante souffre de douleurs du rachis cervical, cervico-brachial, dorsal et lombaire, sans réel substrat organique, de discrets troubles dégénératifs débutants et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Le Dr T. \_\_\_\_\_ a posé, en sus, le diagnostic de très probable tendinopathie du moyen fessier gauche, atteinte qui accompagne souvent les rachialgies selon ce médecin. Il est incontesté que la recourante a présenté une diminution de sa capacité de travail dès le 23 mai 2016, en raison de ces atteintes, en lien avec un accident sur son lieu de travail, survenu le 29 octobre 2015. Il se justifiait donc d'examiner l'éventuel degré d'invalidité de la recourante à compter du 22 mai 2017, soit à l'issue du délai d'attente d'une année prescrit par l'art. 28 al. 1 LAI (consid. 3c *supra*).

**a)** La décision entreprise retient que la recourante ne présente plus aucune capacité de travail dans son activité habituelle d'aide-infirmière. L'OAI est en effet revenu sur sa position entre le projet de décision qu'il avait rendu le 12 décembre 2018, dans lequel il avait estimé qu'une capacité de travail à 80 % dans l'activité antérieure était exigible, et la décision du 27 novembre 2019. L'OAI a en effet suivi en ce sens son service médical, qui s'était lui-même basé principalement sur le rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ du 28 février 2019, lequel estimait l'incapacité de travail dans l'activité habituelle à en tout cas 80 %, ainsi que sur le contenu du volet rhumatologique de l'expertise pluridisciplinaire diligentée par le D. \_\_\_\_\_. Le SMR a exposé que le rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ ne faisait état d'aucun indice d'aggravation, mais que les limitations fonctionnelles

durables secondaires à des rachialgies mécaniques non déficitaires que ce médecin avait retenues étaient rendues suffisamment plausibles pour accepter leur existence. La Dre K. \_\_\_\_\_ avait certes indiqué dans le volet rhumatologique de l'expertise que la recourante pourrait théoriquement exercer son ancienne activité professionnelle, mais tout en précisant qu'elle pourrait en tout cas exercer une activité adaptée, moins physiquement astreignante que dans les soins. La position du SMR, reprise par l'OAI, s'agissant de la capacité de travail de la recourante dans son ancienne activité n'est pas contestée par cette dernière. Le changement d'avis médical du SMR sur ce point allait dans le sens de la recourante, qui avait critiqué le projet de décision au sujet de sa capacité de travail dans son activité habituelle (cf. notamment déterminations du 5 avril 2019). Il ne sera ainsi pas revenu sur l'appréciation de la capacité de travail de la recourante, en ce qu'elle porte sur son activité habituelle.

**b)** La recourante conteste en revanche l'évaluation de sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'intimé a retenu que cette dernière était entière, sous réserve d'une diminution de rendement de 20 % liée aux situations de stress. Cette position se base également principalement sur l'avis médical du SMR du 19 août 2019, et partiellement sur l'expertise pluridisciplinaire qui retenait une baisse de rendement de 20 % pour le même motif, dans l'activité habituelle uniquement.

La recourante ne fait valoir aucun grief précis ou motivé à l'encontre de cette évaluation. Dans son acte de recours, elle a écrit que ses limitations fonctionnelles l'avaient empêchée de reprendre son activité habituelle ainsi que toutes autres activités depuis 2015 et qu'elle présentait donc bien une diminution de sa capacité de gain. Or, il est relevé que la recourante a repris son activité habituelle après l'accident de 2015, certes temporairement, avant d'être à nouveau en arrêt de travail. De plus, l'intimé n'a pas nié toute diminution de la capacité de gain de la recourante, mais a établi que cette dernière ne permettait pas de lui octroyer une rente d'invalidité.

Quoi qu'il en soit, pour fixer le degré d'invalidité, l'administration, puis le juge, se fondent sur des documents médicaux, ainsi que des documents émanant d'autres spécialistes (cf. consid. 4a *supra*). En l'occurrence, la recourante n'a produit aucun document médical qui contredise la position retenue par l'intimé sur le plan médical. Elle n'a pas transmis de nouveau certificat médical depuis la reddition de la décision entreprise. En réalité, à l'examen du dossier de la cause, force est de constater qu'aucun avis médical ne s'inscrit en contradiction avec l'évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée telle que retenue par l'intimé.

En effet, le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin traitant de la recourante, ne s'est jamais prononcé sur sa capacité de travail dans une activité adaptée. Sollicité par l'intimé à ce sujet, il n'a pas répondu aux questions qui y avaient trait dans son rapport du 15 décembre 2016. Le Dr M.\_\_\_\_\_, pour sa part, a indiqué le 14 février 2017 qu'à son avis, la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée était probablement d'au moins 50 % dès le mois de juillet 2016. Cette position, que l'on ne peut qualifier de péremptoire au vu de l'adverbe utilisé, ne s'oppose en tout cas pas à l'évaluation retenue par l'intimé, qui est en effet de plus de 50 %. Le Dr Z.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant de la recourante, ne s'est pas prononcé sur ce point (« Nous ne pouvons pas répondre à cette question », cf. rapport du 13 mars 2017, ch. 1.7). Les Drs V.\_\_\_\_\_, K.\_\_\_\_\_, J.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ ont estimé la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée comme étant entière (avec une diminution de rendement pour les experts du D.\_\_\_\_\_, cf. rapport d'expertise p. 6, ch. 4.9). Quant au Dr T.\_\_\_\_\_, il n'a pas indiqué que la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles serait diminuée. Il a en effet écrit dans son rapport du 28 février 2019 que la recourante pourrait probablement bénéficier d'un poste de travail moins pénible physiquement, sans port de charges lourdes ou mouvements répétitifs du rachis dorso-lombaire, ce qui est compatible avec la position de l'intimé dans la décision entreprise.

L'intimé a retenu des limitations fonctionnelles somatiques et psychiques, que la recourante ne conteste pas, de manière convaincante et en appréciant de manière globale les limitations constatées par les différents médecins intervenus dans le dossier, selon l'avis du SMR du 19 août 2019. Il a ainsi listé ce qui suit : activité légère, sédentaire ou semi-sédentaire principalement en position assise, permettant l'alternance des positions, sans manipulations de charges de plus de 5 kg, sans déplacement en terrain irrégulier, sans travail en hauteur ou sur échelle, sans travail à genoux et/ou en station accroupie, sans position du tronc tenue en porte-à-faux, sans flexions-rotations répétées du tronc, sans gestes demandant de maintenir les mains au-dessus du plan des épaules ni de soulever des charges de plus de 1 à 2 kg à bout de bras, activité sans haut niveau de stress, en milieu tempéré, à heures fixes et répartie sur cinq jours ouvrables. Au vu des documents médicaux au dossier, il n'y a aucun motif de douter de ces limitations, au demeurant non contestées par la recourante au stade du recours.

La recourante arguait, dans ses déterminations sur le projet de décision, que la position de l'expert B. \_\_\_\_\_ était contradictoire, en ce qu'il affirmait qu'elle ne souffrait pas de dépression mais recommandait la prise d'un traitement anti-dépresseur. Bien que la recourante n'ait pas réitéré ce grief en procédure judiciaire, il convient de préciser ce qui suit. Le Dr B. \_\_\_\_\_ a en réalité motivé sa position de manière claire dans son rapport, notamment par les passages suivants (cf. volet psychiatrique du rapport d'expertise D. \_\_\_\_\_, p. 23) :

« Une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique mensuelle est toujours en cours, mais l'expertisée désire l'arrêter, s'estimant d'une part stable sur le plan psychique, et d'autre part ne percevant pas de changement positif depuis le début du suivi. De même, tous les traitements antidépresseurs reçus n'ont apporté aucun changement positif à ses symptômes. De ce fait, elle ne désire non plus aucun traitement psychotrope, si ce n'est le traitement de Temesta actuellement en cours. Dans une telle disposition, il est difficile d'espérer un changement positif suite à un éventuel renforcement du suivi psychiatrique et psychothérapeutique, ou la reprise d'un traitement antidépresseur afin d'améliorer le seuil de tolérance à la douleur. Ces mesures seraient cependant utiles pour traiter les éléments émotionnels. Rappelons les fortes perturbations émotionnelles vécues lors du licenciement, de l'arrêt du versement des prestations perte de gain

et du drame familial. En l'absence de troubles de la personnalité ou de pathologie psychiatrique invalidante, pouvant justifier une résistance au traitement, ces mesures sont exigibles.

[...]

L'expertisée nie être déprimée puis déclare l'être fortement à l'anamnèse orientée. Plus tard, elle reconnaît aussi être capable de vivre une grande joie pour sa fille. Il faut aussi relever le facteur financier, qui est un élément clé dans le vécu de l'expertisée et a un impact sur l'humeur. L'existence de ressources financières suffisantes pourrait permettre, par exemple, dit-elle, la rendre très heureuse en fêtant la réussite de sa fille en famille ou d'accéder au plaisir. Ces éléments permettent d'écartier encore plus un trouble dépressif.

Il existe aussi un décalage entre l'appréciation du psychiatre traitant et l'actuelle évaluation, qui ne retrouve aucune pathologie psychiatrique, alors que l'expertisée ne reçoit actuellement aucun traitement antidépresseur. Nous devons ainsi considérer que l'épisode dépressif moyen retenu par le psychiatre traitant en mars 2016 est d'une part réactionnel, et d'autre part est entré en rémission complète ».

Ainsi, le Dr B.\_\_\_\_\_ ne niait pas que la recourante ait souffert d'un épisode dépressif tel que diagnostiqué par son psychiatre traitant, mais il considérait, au vu de ses constatations cliniques plus d'une année après celles du Dr Z.\_\_\_\_\_, que cet épisode, ayant commencé en mars 2016 selon le Dr Z.\_\_\_\_\_, était entré en rémission complète. Le Dr B.\_\_\_\_\_ indiquait que la recourante pourrait bénéficier d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique ou de la reprise d'un traitement antidépresseur afin d'améliorer son seuil de tolérance à la douleur, ce qui ne revient pas, comme l'a soutenu la recourante, à recommander le suivi d'un traitement antidépresseur en raison d'un épisode dépressif. Les explications étayées du Dr B.\_\_\_\_\_ sur ce point n'apparaissent ainsi pas contradictoires. De plus, du point de vue de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic, mais l'effet d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est déterminant (cf. TF 9C\_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2). Or, l'évaluation de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée par le Dr B.\_\_\_\_\_ est cohérente et corroborée par les autres documents médicaux au dossier.

**c)** Force est de constater que tant du point de vue des diagnostics, que des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail

dans une activité adaptée, la recourante ne fait valoir aucun argument susceptible de jeter le doute sur les conclusions médicales du SMR, suivies par l'intimé. Sur ces questions, les avis médicaux du dossier sont convergents, de sorte qu'il n'y a aucun motif d'en douter. Il s'ensuit que l'intimé était fondé à retenir que la recourante présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques et psychiques, sous réserve d'une diminution de rendement de 20 %.

**7.** L'assurée argue que l'intimé aurait dû lui allouer des mesures de réadaptation professionnelle, au vu de sa situation, malgré le fait qu'elle semble plaider simultanément une incapacité totale de travail dans toute activité.

**a)** Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références citées), celles-ci ne devant pas être allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'AI, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF

9C\_609/2009 15 avril 2010 consid. 9.2 et la référence citée). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1).

En sus d'être nécessaire et adéquate, une mesure de réadaptation doit en outre respecter le principe de la proportionnalité. Elle ne peut être accordée que s'il existe un équilibre raisonnable entre les frais occasionnés et le résultat escompté (ATF 124 V 108 consid. 2a et 121 V 258 consid. 2c, avec les références ; TF 9C\_290/2008 du 27 janvier 2009 consid. 2.1 ; cf. également Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 1338 ss p. 369).

**b)** En l'espèce, la recourante souffre d'une atteinte à la santé qui ne lui permet plus d'exercer son activité habituelle d'aide-infirmière et elle présente un degré d'invalidité supérieur à environ 20 % selon l'intimé, ce qui permettrait théoriquement d'envisager des mesures de réadaptation, y compris des mesures de reclassement (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; 130 V 488 consid. 4.2).

Toutefois, la recourante a manifesté à plusieurs reprises son absence d'intention et de souhait de profiter de telles mesures. Elle a notamment affirmé lors d'un entretien avec une intervenante de l'OAI, le 25 septembre 2019, portant précisément sur la réadaptation, qu'elle ne se voyait pas dans une quelconque activité chez un employeur, « sachant qu'après peut-être 30 minutes, elle devrait devoir [sic] aller se coucher », et qu'elle ne pouvait rien faire pour le moment, dans toute activité. Lors d'un entretien du 19 janvier 2017, elle avait tenu des propos similaires, précisant qu'elle ne se voyait pas participer à une mesure. En outre, l'OAI a exposé avoir eu un contact téléphonique avec la recourante le 29 juin 2020, au cours duquel elle a semble-t-il maintenu sa position (cf. communication interne de la spécialiste en réinsertion de l'intimé, du 1<sup>er</sup> juillet 2020, transmise avec la duplique). Ces éléments permettent de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 V 427

consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.2 et 5.3) que la recourante n'est pas subjectivement disposée à entreprendre des mesures de réadaptation et que le cas d'espèce ne remplit donc pas, en l'état, les conditions pour l'allocation de mesures de réadaptation professionnelle.

L'argument de la recourante selon lequel « les spécialistes » auraient estimé nécessaire qu'elle bénéficie de mesures de réadaptation ne permet pas de modifier ce constat. D'une part, les experts du D.\_\_\_\_\_ n'ont pas été aussi péremptoires dans leur appréciation que le prétend la recourante. Le Dr B.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'une réadaptation n'était pas indiquée, mais que des mesures d'accompagnement dans la réinsertion professionnelle étaient nécessaires. Le Dr J.\_\_\_\_\_ a estimé qu'une réadaptation était envisageable mais pas nécessaire et la Dre K.\_\_\_\_\_ a également écrit qu'une réadaptation de la recourante n'était pas vraiment nécessaire (rapport d'expertise, ch. 7.2 de chacun des volets). Ces positions sont cohérentes avec le fait que les experts ont reconnu une capacité de travail entière de la recourante dans une activité adaptée. D'autre part, en règle générale, l'assuré n'a le droit qu'aux mesures nécessaires, non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 139 V 399 consid. 5.4 ; Valterio, op. cit. n° 1339 p. 369). Il ressort des indications des experts précités qu'ils ne considéraient pas les mesures évoquées comme nécessaires.

La recourante a du reste conclu à l'octroi de telles mesures en sa faveur, sans cependant formuler d'argument précis à l'appui de cette conclusion, sans expliquer ou rendre vraisemblable qu'elle aurait désormais la volonté de s'inscrire dans des démarches de réinsertion. Il appert donc que l'octroi de mesures de réadaptation, *in casu*, serait voué à l'échec.

Par ailleurs, comme l'a constaté l'intimé, le niveau de français de la recourante est loin d'être suffisant pour entreprendre une formation certifiante, susceptible de pouvoir réduire son préjudice économique, ce qui rendrait une telle mesure contraire aux principes d'adéquation et de proportionnalité développés ci-avant (consid. 7a *supra*). À cet égard, il est

utile de relever que malgré ses allégations contenues dans la réplique du 15 juin 2020, selon lesquelles elle avait parfait son français, il n'appert pas que la recourante maîtrise suffisamment le français pour envisager d'entreprendre une formation. En effet, le seul diplôme qu'elle a produit porte sur une formation de cours « équivalent au niveau A2.1 », dispensée à raison d'une heure et demi par semaine durant cinq mois en 2016. Ce niveau est manifestement insuffisant. D'ailleurs, elle a elle-même excipé de ses lacunes de français dans son acte de recours (« Etant donné ses limitations et ses lacunes de français ») et elle a requis la présence d'un interprète lors de ses examens médicaux avec les experts du D.\_\_\_\_\_, auquel il a été fait appel à plusieurs reprises en raison de difficultés de compréhension (cf. rapport du 21 septembre 2018, en particulier Dr B.\_\_\_\_\_ p. 21).

L'appréciation de l'intimé sur cette question ne saurait donc qu'être confirmée.

**8. a)** Sur le plan économique, la recourante fait valoir que le calcul de son revenu d'invalidé aurait dû tenir compte d'un taux d'abattement de 25 % en raison de la conjonction de ses limitations fonctionnelles et de son âge. Toute une palette d'activités professionnelles sans qualification nécessaire était exclue selon la recourante. De plus, le calcul de son degré d'invalidité aurait dû être effectué sur la base des salaires pratiqués dans le canton de Vaud pour des activités précises.

**b)** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

Le revenu sans invalidité de la recourante n'est pas litigieux. Vérifié d'office, il peut être confirmé et s'élève ainsi à 56'643 fr., en tenant compte de l'indexation à l'année 2017 (moment de la naissance possible du droit à la rente, ATF 129 V 222 précité).

**c)** 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. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (consid. 8b *supra*).

L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de

procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Lorsqu'un assuré est capable de travailler à plein temps mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en considération dans la fixation de la capacité de travail, de sorte qu'en principe, il n'y a pas lieu d'effectuer en sus un abattement en raison des limitations fonctionnelles à l'origine de la diminution de rendement (TF 8C\_403/2017 du 25 août 2017 consid. 4.3 *in fine* et les références ; TF 9C\_378/2014 du 21 octobre 2014 consid. 4.3.3).

S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail (TF 9C\_774/2016 du 30 juin 2017, consid. 5.2 ; 9C\_695/2010 du 15 mars 2011, consid. 5).

**d)** En l'occurrence, la recourante n'est pas au bénéfice d'une formation professionnelle reconnue en Suisse. En effet, elle n'a pas rendu vraisemblable que son diplôme de technique de la médecine ait été reconnu en Suisse. De plus, comme l'a relevé l'intimé, elle a travaillé comme aide-infirmière depuis son arrivée en Suisse, avec un salaire

proche de celui de la valeur de base des statistiques ESS pour tous secteurs confondus, ce qui permet de retenir que son employeur n'avait pas non plus reconnu son diplôme.

Comme la recourante ne semble pas avoir repris une quelconque activité professionnelle, il convient de se référer aux salaires statistiques ESS pour fixer son revenu d'invalidé, conformément aux principes rappelés ci-dessus. L'on ne voit pas pour quelle raison il faudrait déroger à cette règle dans le cas présent, contrairement à ce qu'allègue la recourante.

Le salaire de référence de la recourante est donc, comme l'a retenu l'intimé, de 4'363 fr. par mois (valeur centrale dans l'économie privée, tableaux TA1\_skill\_level, tous secteurs confondus, niveau de compétence 1). Une fois adapté à la durée hebdomadaire moyenne usuelle dans les entreprises en 2017 et à l'évolution des salaires nominaux, ce salaire de référence correspond à 54'799 fr. 45 par année. Compte tenu de la diminution de rendement de 20 % retenue et confirmée ci-avant, c'est un salaire annuel de 43'839 fr. 56 qu'il sied de retenir à cette étape du raisonnement.

En ce qui concerne l'abattement, il faut souligner que les limitations fonctionnelles de la recourante ont déjà été prises en compte par le biais de la diminution de rendement de 20 % dans une activité adaptée à plein temps. Il faut en outre constater qu'il existe de nombreuses activités compatibles avec ces limitations fonctionnelles, dans lesquelles la recourante pourra mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle. L'OAI en mentionne d'ailleurs certaines dans sa feuille concernant le calcul du salaire exigible du 26 août 2019, telles que le travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, le postes d'ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, dans le conditionnement ou l'usinage sur machines pré-réglées. Au regard des activités physiques ou manuelles simples que recouvrent les secteurs de la production et des services (tableau TA1\_skill\_level ESS 2016), un

nombre suffisant d'entre elles correspondent à des travaux légers de telle sorte qu'une déduction supplémentaire sur le salaire statistique ne se justifie pas pour tenir compte des circonstances liées au handicap de la recourante. En effet, un abattement n'entre en considération que si, dans un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré, avec pour corollaire qu'aucun abattement ne se justifie non plus en relation avec l'absence de formation professionnelle de la recourante, le niveau de compétence 1 de l'ESS concernant une catégorie d'emplois ne nécessitant ni formation ni expérience professionnelle spécifique (TF 8C\_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.1.4 ; TF 8C\_174/2019 du 9 juillet 2019 consid. 5.2.2 et les arrêts cités ; 8C\_151/2020 consid. 6.2 ; 8C\_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2).

L'âge n'entre pas non plus en ligne de compte, la recourante ayant moins de 50 ans au moment déterminant (elle était âgée de 46 ans en mai 2017), soit un âge très éloigné de celui de la retraite (consid. 8b et 8c *supra*).

Les facteurs dont se prévaut la recourante ne restreignent ainsi pas ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques retenues, de sorte que l'application d'un taux d'abattement, en plus de la diminution de rendement de 20 % retenue, ne se justifie pas dans son cas.

**e)** Il n'y a par conséquent pas lieu de s'écarter du degré d'invalidité de 22,6 % calculé par l'OAI, arrondi à 23 %, pour la période à compter du 23 mai 2017, obtenu selon le calcul suivant :  $[(56'643 - 43'839,56) \times 100] / 56'643 = 22,6$ .

Ce degré d'invalidité est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

**9. a)** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations

auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**b)** En l'occurrence, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la réquisition de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise médicale complémentaire. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête de la recourante en ce sens doit ainsi être rejetée.

**10. a)** Au vu de ce qui précède, l'état de santé de la recourante – dont il ne s'agit au demeurant pas de minimiser le ressenti – et ses conséquences sur sa capacité de gain, ne lui ouvrent pas le droit à une rente d'invalidité ou à des mesures de réadaptation professionnelle. L'intimé était ainsi fondé à rendre sa décision de refus du 27 novembre 2019. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté.

**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'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, en application de l'art. 82a LPGA). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu l'issue du litige.

Toutefois, dès lors que cette dernière a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont provisoirement laissés à la charge de l'État (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

**c)** N'obtenant pas gain de cause, la recourante, bien qu'assistée d'un mandataire professionnel, ne saurait prétendre des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

**d)** La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais provisoirement pris en charge par l'État dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC, applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 27 novembre 2019 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 provisoirement laissés à la charge de l'État.
- 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'État.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- ASSUAS (pour Mme F. \_\_\_\_\_),
- 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 :