

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 mars 2021

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Bosson, assesseur
Greffière : Mme Jeanneret

* * * * *

Cause pendante entre :

S. _____, à [...], recourante, représentée par Me Valérie Elsner Guignard,
av. à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss et 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 et 28a LAI ; 27 et 27bis RAI

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], d'origine [...], a suivi des études universitaires en philosophie pendant deux ans en [...] et a acquis un diplôme d'habilitation à administrer un jardin d'enfants privé. Au bénéfice d'une autorisation d'établissement C, elle est arrivée en Suisse en [...], où elle a obtenu un certificat d'auxiliaire de santé délivré par la Croix Rouge Suisse en [...]. Elle a travaillé en qualité d'aide-infirmière à 80 % depuis 2012 auprès de l'I._____.

Le 7 mai 2019, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison d'un œdème lombaire invalidant depuis un accident survenu le 25 octobre 2018, soit une chute dans sa baignoire sur le côté droit du corps, dont les conséquences ont été prises en charge par l'assurance-accidents T._____ SA. Sur interpellation de l'OAI, l'assurée a indiqué le 18 juin 2019 que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 80 % depuis avril 2018, les 20 % restant étant dévolus aux tâches ménagères et à l'éducation des enfants, en précisant que son salaire mensuel était de 4309 fr. 30.

Le 16 mai 2019, l'OAI s'est vu transmettre un extrait du compte individuel de l'assurée, dont il ressort que l'assurée a réalisé un revenu de 44'146 fr. en 2018 et 52'349 fr. en 2017.

Sur demande de l'OAI, l'assureur-accidents a transmis son dossier le 26 juin 2019. Il en ressort notamment que l'intéressée se trouvait en incapacité de travail totale depuis le 26 octobre 2018 en lien avec des dorso-lombalgies persistantes. Un traitement antalgique et des séances de physiothérapie avaient été mis en place.

L'instruction a en outre permis de réunir les différents éléments suivants.

Le 19 décembre 2018, la Dre L._____, médecin généraliste, a constaté la présence de douleurs à l'épaule droite et à l'hémithorax droit ainsi que l'absence de lésion osseuse. Une IRM (imagerie par résonance magnétique) dorsale et lombaire a été effectuée le 16 janvier 2019, amenant le Dr B._____, spécialiste en radiologie, à conclure à l'existence, à l'étage dorsal, d'un foyer contusionnel à la hauteur de la jonction costo-vertébrale postérieure droite de D5, puis, au niveau lombaire, à une discopathie avec une petite pointe d'hernie discale latérale droite en L5-S1 potentiellement à l'origine d'un conflit radiculaire irritatif S1. Il a en outre observé une protrusion discale plus modérée circonférentielle en L4-L5 et un épaissement nodulaire du derme paravertébral gauche à la hauteur de L4-L5, compatible avec un foyer de lipomatose versus un lipome, à confronter dans un premier temps à l'examen clinique.

Dans un rapport du 13 février 2019, la Dre L._____ a posé le diagnostic de dorsalgie droite post-traumatique, prévoyant une amélioration progressive lente avec un pronostic bon à long terme ou moyen terme, et une reprise du travail à 50 % dès le 1^{er} mars 2019. Elle a constaté une impotence fonctionnelle avec douleur à la mobilisation du tronc ainsi qu'une impossibilité pour l'assurée de porter du poids, et préconisait d'adapter le poste de travail avec une réduction du port de charges.

L'assurée a ainsi tenté une reprise du travail à 50 % (de 80 %) le 1^{er} mars 2019, mais s'est retrouvée en incapacité de travail totale dès le 15 mars 2019.

Le 15 mai 2019, V._____ SA a rendu un rapport d'évaluation établi par son case-manager à l'attention de l'assureur-accidents, dont il ressort que les douleurs s'étaient amplifiées lors de la reprise du travail et que des vomissements s'étaient ajoutés aux symptômes. Dans son rapport du 11 juin 2019, le Dr Y._____, médecin du travail auprès de V._____ SA, a indiqué avoir vu l'assurée en consultation le 3 juin 2019. Celle-ci lui a alors expliqué que l'échec de la reprise de travail était dû au

fait que son employeur n'avait pas respecté ses limitations et l'avait affectée aux soins, alors que la reprise était prévue dans une activité adaptée. Après une anamnèse, il a rapporté les plaintes de l'assurée consistant en la limitation dans sa mobilité et des douleurs, et a décrit le déroulement d'une journée type, à savoir que l'assurée dort bien, va marcher avec une copine pendant environ 2 heures, fait du repassage, de la lecture, reçoit des visites, va chercher les enfants à l'école et fait les courses avec son époux, qui porte les achats. Il est ajouté que le mari fait les repas et les préparait déjà avant l'accident. L'assurée a déclaré pouvoir peut-être reprendre dans une activité légère, sans port de charge, comme la distribution des repas ou l'accompagnement de personnes. Après avoir constaté que la patiente se déplaçait sans boiterie, restait assise sans comportement algique durant 1 heure 20 et gardait bien le focus de la conversation, le Dr Y. _____ a observé ce qui suit au cours de l'examen clinique :

« PSR+++ , ASR+ symétriques, pas de troubles sensitive, force MI préservée. Rachis à plomb, pas de myogélose, douleur lors palpation art. costo-vertébrales th 4 à 6 D (et compression thoracique) ainsi que lombaire basse. DDS 25 cm, flexion douloureuse. Extension indolore, flexion lat. avec douleur contra latérale, rotation indolore. Se couche relativement aisément sur le lit d'examen. Lasègue négatif, mobilité hanches ddc dans la limite de la norme. »

Le Dr Y. _____ a posé les diagnostics de dorso-lombalgies chroniques non-spécifiques et de probable dysfonction costo-vertébrale droite th 5 post-traumatique. Lors d'un entretien téléphonique avec la Dre L. _____, celle-ci lui avait déclaré que les investigations n'avaient pas mis en évidence de pathologies majeures et qu'elle ne pouvait s'expliquer l'importance des douleurs ; la discussion avait ensuite porté sur une éventuelle prise en charge en médecine manuelle/chiropractie et, malgré l'évolution qui n'était pas favorable, la Dre L. _____ s'était déclarée favorable à une nouvelle tentative de reprise dans une activité adaptée. Cela étant, le Dr Y. _____ a émis les considérations suivantes :

« Appréciation :

A la suite d'une chute en octobre 2018, Mme S. _____ développe des douleurs dorsales (lombaires et thoraciques). Malgré la mise en

place d'un traitement antalgique et de la physiothérapie, l'évolution n'est guère favorable avec une chronicisation des douleurs.

L'examen clinique de ce jour est rassurant, avec toutefois mise en évidence d'une probable dysfonction costo-vertébrale en Th 5 D qui corrobore avec l'IRM (foyer contusionnel) justifierait la tentative d'un traitement manuel/éventuellement d'une infiltration.

Toutefois, ni l'examen, ni l'IRM ne permettent à mon avis d'expliquer l'importance des douleurs alléguées. A relever l'incapacité prolongée et un contexte psychosocial difficile qui pourrait avoir une influence négative sur l'évolution (situation de son mari, attitude de ce dernier envers elle, charge familiale qu'elle doit porter et supporter seule).

Je suis de l'avis que Mme S. _____ présente des ressources qui devraient permettre une reprise de travail progressive, dans un premier temps dans une activité adaptée.

Limitations fonctionnelles :

- Port régulier de charges > à 5-7 kg
- Soulèvement de charges (du sol)
- Travaux en porte-à-faux du tronc ou nécessitant des mouvements répétés de rotation/inclinaison
- Travaux en position accroupie ou à genoux
- Travaux répétés au-dessus de la tête
- Possibilité d'alterner les positions assise-debout.

Durée LF selon évolution, elles devraient diminuer dans le temps (1-3 mois). Le pronostic à long terme paraît moyennement favorable en raison du contexte psychosocial difficile et dépendra des possibilités de remobiliser les ressources de Mme S. _____.

Recommandations :

Sur le plan médical, une prise en charge en médecine manuelle (ou chiropraxie), éventuellement infiltration costo-vertébrale dans un centre d'antalgie (un échange dans ce sens avec la Dresse L. _____ a eu lieu).

Sur le plan professionnel : organiser reprise progressive dans une activité adaptée (LF voir ci-dessus) : p. ex. accompagnement patients, animation, distribution repas... Taux d'activité selon indication du médecin traitant (début à p. ex. 30 % répartie sur 3 ou 4), puis augmentation progressive. »

Répondant à un questionnaire de l'OAI, l'employeur a indiqué le 12 juillet 2019 que le salaire mensuel de l'assurée s'élevait à 3'541 fr. 60 en 2019, soit 46'040 fr. 80 par an. Il a produit une description des tâches de la fonction d'aide-infirmier, qui comprend en particulier la participation aux soins d'hygiène, de confort, de réadaptation en collaboration avec l'équipe soignante et le fait d'assurer l'ordre, la propreté, la désinfection et l'entretien du matériel et du mobilier.

Le 4 septembre 2019, T. _____ SA a rendu une décision sur la demande de prestation d'assurance-accidents de l'assurée en ce sens que le lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident du 25 octobre

2018 n'était plus admis dès le 16 juillet 2019 et que le cas n'était plus à la charge de l'assurance-accidents depuis le 16 juillet 2019.

Le rapport final de V._____ SA a été versé au dossier le 11 septembre 2019. Il en résulte notamment que le retour progressif au travail préconisé par le Dr Y._____ n'avait pas été validé par la Dre L._____, qui estimait les chances d'un retour au travail nulles. Il est relevé que l'assurée ne s'était pas rendue au rendez-vous proposé par l'OAI lorsqu'elle avait déposé une détection précoce. Elle ne s'était pas non plus à l'entretien organisé par l'employeur, qui avait souhaité remettre à l'assurée en mains propres la lettre de congé pour le 30 novembre 2019, en invoquant qu'elle n'avait pas été prévenue assez tôt et que ses douleurs ne lui avaient pas permis d'être réactive. L'auteur du rapport a précisé que l'hypothèse selon laquelle l'assurée vivait dans un environnement/climat socio-culturel qui ne favorisait pas l'émancipation féminine pouvait jouer un rôle dans un scénario à venir, lequel revêtait un « risque psychosocial évident ».

Dans un rapport médical du 15 septembre 2019, la Dre L._____ a confirmé le diagnostic de dorso-lombalgies chroniques et indiqué que les limitations fonctionnelles étaient en rapport avec les douleurs dorso-lombaires, soit absence de port et station debout prolongée. Elle a ajouté que sa patiente présentait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle dès le 26 octobre 2018, mais qu'elle disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 17 juillet 2019. Il n'y avait pas lieu de s'attendre à une amélioration de la capacité de travail en raison de la chronicisation des douleurs malgré le soulagement apporté par la physiothérapie et l'efficacité des antalgies.

Le 10 février 2020, l'OAI a proposé à l'assurée une aide au placement. Il a en outre rendu un projet de décision refusant la demande de mesures professionnelles et de rente d'invalidité, car, malgré une incapacité totale de travail dès le 25 octobre 2018, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée dès le 17 juillet 2019 et la perte de gain subie (3,83 %) ne suffisait pas à ouvrir le droit à ces prestations. Lors

du calcul du salaire exigible, l'OAI a pris en compte un revenu sans invalidité de 57'551 fr. sur la base du rapport de l'employeur dont le salaire (46'041 fr.) a été ramené à 100 %. Pour ce qui concerne le revenu d'invalidé, il a pris en compte le revenu de 55'348 fr. 82 fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2016 pour une activité légère et simple (soit un revenu mensuel de 4'363 fr. versé douze fois par an, adapté à la durée hebdomadaire moyenne de 41,7 heures et indexé jusqu'en 2019), citant à titre d'exemple d'activités adaptées le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi ou dans le conditionnement. Il n'a pas retenu de facteur de réduction, les limitations fonctionnelles n'étant pas assez importantes pour limiter l'accès à un éventail d'activités suffisamment large et par conséquent n'engendraient pas de désavantage salarial. Les limitations fonctionnelles retenues étaient l'absence de port de charges et pas de station debout prolongée. Le préjudice économique était de 2'202 fr. 18 par an, soit 3,83 %. Il a estimé qu'une enquête ménagère afin de chiffrer les empêchements dans la tenue du ménage n'était pas nécessaire ; en effet, même avec des empêchements de 100 % dans l'activité ménagère et un degré d'invalidité de 3,83 % dans la part active, le taux final ne permettrait pas d'ouvrir le droit à la rente.

Le 16 mars 2020, l'OAI a mis fin à l'aide au placement, l'assurée n'ayant pas retourné la charte de collaboration signée dans le délai imparti.

Le 23 mars 2020, l'OAI a rendu une décision de refus de mesures professionnelles et de rente fondé sur les mêmes motifs que le projet de décision précité.

Le 22 avril 2020, l'assurée a retourné la charte de collaboration au placement signée. Lors d'un entretien téléphone tenu le 11 mai 2020 avec l'OAI, elle a déclaré être d'accord de travailler à plein temps, si l'activité était adaptée. Elle a envoyé un CV le 25 mai 2020 indiquant notamment qu'elle avait un langage (écrit, parlé, lu) parfait en français, excellent en arabe, moyen en anglais.

B. Par acte du 18 mai 2020, S._____, représentée par Me Valérie Elsner Guignard, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 23 mars 2020, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière lui est allouée depuis le 1^{er} novembre 2019 ou à compter de la date fixée à dire de justice, subsidiairement en ce sens qu'une demi-rente lui est allouée, plus subsidiairement un quart de rente et encore plus subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction. Elle a fait grief à l'intimé de ne pas avoir suffisamment instruit la cause, se contentant des rapports médicaux du Dr C._____, médecin conseil de l'assurance-accidents, qui n'a fait qu'une appréciation de la situation sous l'angle de la responsabilité de l'assurance-accidents. Elle s'est référée à l'IRM du 16 janvier 2019 portant sur les atteintes présentes au niveau dorsal et lombaire et a relevé que l'IRM du 16 juillet 2019 ne portait en revanche que sur un examen dorsal. Elle a soutenu que l'OAI n'avait pas instruit les effets de la discopathie, de la hernie discale droite L5-S1 et du lipome/lipomatose paravertébrale lombaire gauche sur sa capacité de travail. Elle a fait valoir que la Dre L._____ considérait qu'elle était toujours en incapacité de travail. Dans le cadre du calcul du préjudice économique, elle a curieusement fait valoir que le revenu sans invalidité retenu par l'OAI était trop élevé car il correspondait à une activité à plein temps alors qu'elle travaillait à 80 %. Elle a contesté être en mesure d'exercer les activités donnant droit à un revenu d'invalidé tel que déterminé par l'OAI, ajoutant qu'un abattement aurait dû être pris en considération, compte tenu de son âge, du fait qu'elle est de langue maternelle arabe, qu'elle ne parle et n'écrit le français qu'avec difficulté, qu'elle ne dispose d'aucune formation autre que celle acquise dans les soins, ainsi que du contexte psychosocial dans lequel elle évolue. Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire orthopédique.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 24 juin 2020. Il a relevé que la Dre L._____ avait reconnu que la recourante avait récupéré une entière capacité de travail

dans une activité adaptée dès le 17 juillet 2019, ce que l'intéressée avait également admis lors d'un entretien avec l'un de ses collaborateurs. Il a ajouté qu'aucune pièce au dossier n'évoquait une incidence des troubles lombaires dus à des états maladifs sur l'exigibilité médicale dans une activité adaptée. S'agissant de la détermination du degré d'invalidité, il s'est référé au calcul de la méthode mixte introduit par l'art. 27^{bis} al. 3 let. a RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201). Pour ce qui concerne l'abattement, il a considéré que la recourante maîtrisait suffisamment le français pour mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle dans une activité simple et répétitive. Quant au contexte psychosocial, il ne constitue pas un facteur à prendre en compte dans l'assurance-invalidité. Il a suggéré de verser au dossier les pièces du dossier de l'assurance-accident depuis le 28 juin 2019.

Par réplique du 25 août 2020, la recourante, a maintenu que le dossier n'avait pas été suffisamment instruit. Elle a par ailleurs produit un rapport du Dr H._____, spécialiste en radiologie, du 22 janvier 2020, faisant suite à une IRM et une radiographie du rachis dorso-lombaire effectuées le même jour. Ce rapport concluait comme suit :

« Sur l'IRM, signal inflammatoire de l'apophyse transverse droite de T10 et de l'arc postérieur de la 10ème côte droite, compatible en première intention avec des fractures non compliquées de déplacement secondaire.
Sur l'examen radiographique, très probables fractures non consolidées des arcs postérieurs des 7ème à 10ème côtes droites, sans déplacement secondaire.
Intérêt éventuel de compléter examen CT thoracique.
Pas de fracture des corps vertébraux explorés.
Nodule thyroïdien lobaire droit de 37mm à caractériser par une exploration US-doppler dédiée».

Dupliquant le 28 septembre 2020, l'intimé a maintenu sa position en se référant à l'avis SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) du 23 septembre 2020, dans lequel la Dre G._____, médecin praticienne, exposait que le bilan présenté par le Dr H._____ le 22 janvier 2020 révélait des lésions non-compliquées concernant la région dorso-lombaire droite à quinze mois après le traumatisme, ainsi que des troubles dégénératifs du rachis, éléments qui

avaient déjà été pris en considération par le médecin traitant, le médecin du travail et le médecin d'assurance. Elle relevait qu'indépendamment du nombre de côtes lésionnées, les limitations fonctionnelles pour le rachis étaient les mêmes que celles déjà retenues.

Le 17 novembre 2020, la recourante a produit un rapport médical établi le 15 janvier 2020 par le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a fait les observations suivantes lors de l'examen clinique :

« Marche sans boiterie, sur la pointe des pieds et talons sans difficulté. Schober à 10-16, DDS à 0. En flexion/extension, la patiente est très prudente mais elle peut le faire sans problème.

Douleurs importantes à la palpation du carrefour iliolumbaire droit. Douleurs à la palpation au niveau mi-thoracique para-vertébral droit au niveau D8 à D10 avec une douleur irradiant au niveau des côtes.

Pas de trouble sensitif ni moteur aux quatre membres. Réflexes ostéotendineux vifs aux quatre membres. Pouls pédieux et tibial postérieur palpés. Pas de raccourcissement des chaînes musculaires postérieures avec un angle poplité à moins de 25°. Léger raccourcissement des chaînes antérieures avec une distance talon-fesse à gauche à 25 cm et à droite à 23 cm. La mesure de la distance talon-fesse provoque des douleurs au niveau du carrefour iliolumbaire à droite. Lasègue, Braggard et clonus négatifs. Hyperlordose lombaire.

[...]

J'explique à Mme S._____ que ces douleurs diffuses peuvent être dues à l'accident mais les troubles dégénératifs présents sur l'IRM étaient clairement présents déjà avant l'accident et qu'ils aient pu se décompenser suite à l'accident, mais ça n'est clairement pas l'accident qui a provoqué les troubles dégénératifs qui sont visibles sur les IRMs. Au niveau thoracique, je ne vois plus de lésion.

Je pense qu'il s'agit plutôt d'un problème fonctionnel qu'il faudrait travailler [...].

La patiente est en train de cristalliser des symptômes diffus plutôt fonctionnels. J'ai peur que ces problèmes se chronicisent. »

Le 21 décembre 2020, l'intimé s'est référé à l'avis SMR du 9 décembre 2020. En substance, la Dre G._____ indiquait que le rapport du Dr W._____, convaincant et complet, n'apportait pas d'arguments cliniques et anamnestiques en faveur d'une aggravation de l'état de la santé. Les douleurs étaient inchangées et l'examen clinique montrait plutôt une amélioration avec la distance doigt-sol à 0 cm, alors qu'elle était à 25 cm en juin 2019, ainsi qu'une bonne mobilité lombaire. Il n'y avait pas d'indication pour une chirurgie, l'examen neurologique était

normal, il n'y avait pas de constat en faveur d'une incapacité de travail et il était évoqué une chronicisation des problèmes. La Dre G. _____ concluait par ailleurs qu'en l'absence d'indice clinique et radiologique pour une aggravation de l'état de santé, il n'y avait pas de raison de compléter l'instruction. Elle relevait que les limitations fonctionnelles pour le rachis avaient été fixées suivant le rapport complet du 3 juin 2019 du Dr Y. _____ et par le médecin traitant, et que ces deux médecins avaient attesté une capacité de travail dans une activité adaptée à plein temps dès le 17 juillet 2019, date de l'IRM montrant la disparition des signes post-traumatiques postérieurs droits.

Le 18 janvier 2021, la recourante a relevé que l'intimé ne se prononçait pas sur les signaux inflammatoires mis en évidence par les examens du 22 janvier 2020.

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. 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, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1).

En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail et sur son degré d'invalidité.

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.

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).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa 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).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. En l'espèce, la recourante conteste bénéficier d'une capacité de travail résiduelle et soutient que l'intimé n'a pas suffisamment instruit cette question. D'emblée, on relève qu'elle n'émet aucune critique concrète à l'encontre du contenu des rapports médicaux au dossier, si ce n'est que certains émaneraient du médecin conseil de l'assurance-accidents.

Or, l'intimé s'est fondé sur les avis médicaux du SMR. Les rapports du SMR qui figurent au dossier constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). Un tel rapport a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités distinctes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a), les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. TF I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 ; 9C_542/2011).

Le SMR a fondé ses conclusions sur les rapports médicaux émanant du médecin traitant de la recourante et des autres médecins consultés par elle, ainsi que sur les rapports établis par le médecin du travail et le médecin de l'assurance-accidents. Il a fait une synthèse de ces avis et a considéré qu'ils étaient congruents.

L'IRM du 16 janvier 2019 a révélé l'existence, à l'étage dorsal, d'un foyer contusionnel à la hauteur de la jonction costo-vertébrale postérieure droite de D5, puis, au niveau lombaire, à une discopathie avec une petite pointe d'hernie discale latérale droite en L5-S1 potentiellement à l'origine d'un conflit radiculaire irritatif S1, ainsi qu'une protrusion discale plus modérée circonférentielle en L4-L5 et un épaississement nodulaire du derme para-vertébral gauche à la hauteur de L4-L5, compatible avec un foyer de lipomatose versus un lipome. Lorsqu'elle a rempli son rapport du 13 février 2019, la Dre L. _____ détenait cette IRM, qui lui avait été adressé directement par le Dr B. _____. Elle a ainsi posé le diagnostic de dorsalgie droite post-traumatique et prévu une amélioration progressive avec une reprise du travail à 50 % dès le 1^{er} mars 2019 en toute connaissance des atteintes dorsales et lombaires constatées par la radiologue, qu'elle a donc pris en compte lorsqu'elle a constaté une impotence fonctionnelle avec douleur à la mobilisation du tronc et une impossibilité pour l'assurée de porter du poids et préconisé d'adapter le poste de travail avec une réduction du port de charges.

La Dre L. _____ avait également connaissance de ces atteintes lorsqu'elle a eu un entretien téléphonique avec le Dr Y. _____ et lui a déclaré que les investigations n'avaient pas mis en évidence de pathologies majeures, qu'elle ne pouvait s'expliquer l'importance des douleurs et a parlé d'une éventuelle prise en charge en médecine manuelle/chiropractie, ajoutant que malgré l'évolution qui n'était pas favorable, elle était favorable à une nouvelle tentative de reprise dans une activité adaptée.

Dans son rapport du 15 septembre 2019, la Dre Marbouh a confirmé le diagnostic de dorso-lombalgies chroniques, indiqué que les

limitations fonctionnelles étaient en rapport avec les douleurs dorso-lombaires, soit absence de port et station debout prolongée. Elle a donc tenu compte des atteintes tant dorsales que lombaires. Elle a ajouté que sa patiente présentait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle dès le 26 octobre 2018, mais qu'elle disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 17 juillet 2019, en précisant qu'il n'y avait pas lieu de s'attendre à une amélioration de la capacité de travail en raison de la chronicisation des douleurs malgré le soulagement apporté par la physiothérapie et l'efficacité des antalgies. Les conclusions du médecin traitant confirment ainsi les limitations fonctionnelles retenues par l'OAI et l'existence d'une capacité de travail dans une activité adaptée.

L'assurée a d'ailleurs elle-même déclaré au Dr Y. _____ que l'échec de la reprise de travail était dû au fait que son employeur n'avait pas respecté ses limitations et l'avait affectée aux soins, alors que la reprise était prévue dans une activité adaptée ; elle a admis qu'elle pourrait peut-être reprendre dans une activité légère, sans port de charge, comme la distribution des repas, l'accompagnement de personnes.

Dans son rapport du 11 juin 2019, le Dr Y. _____ a posé les diagnostics de dorso-lombalgies chroniques non-spécifiques et de probable dysfonction costo-vertébrale D th 5 post-traumatique. Il a donc aussi identifié les atteintes lombaires et dorsales et a déterminé les limitations fonctionnelles après avoir fait une anamnèse, entendu les plaintes de l'assurée, décrit ses activités quotidiennes et procédé à un examen clinique. Il a conclu à ce que la recoursante était capable d'exercer une activité adaptée. Son appréciation est détaillée, complète et motivée. S'agissant de ses limitations fonctionnelles et de sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, on peut constater que la recoursante est capable, dans sa vie quotidienne, de marcher avec une copine pendant deux heures, de faire du repassage, de recevoir des visites, d'aller chercher ses enfants à l'école, de lire et de faire les courses avec son mari qui porte les achats. Elle dispose ainsi de bonnes ressources lui

permettant de faire des travaux simples et légers qui épargnent son rachis.

Il est lieu de relever que les éléments qui ont généré un doute auprès des médecins sur la capacité de la recourante à reprendre une activité professionnelle ne relèvent pas de l'assurance invalidité mais de facteurs contextuels, à savoir l'environnement socio-culturel et familial ainsi que la chronicisation des douleurs sans raisons objectives.

Ces appréciations convergentes suffisent à admettre au stade de la vraisemblance prépondérante l'existence d'une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, sans qu'il n'y ait lieu d'examiner les rapports médicaux du Dr C._____, médecin conseil de l'assurance-accidents, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui vont apparemment dans le même sens mais qui n'ont pas été versés au dossier AI avant la prise de décision.

L'IRM du 22 janvier 2020 n'apporte pas d'élément permettant de remettre en cause les conclusions sur la capacité de travail résiduelle ; comme l'a relevé la Dre G._____, cette imagerie présente des lésions non-complicées concernant la région dorso-lombaire droite et des troubles dégénératifs du rachis qui ont été pris en compte dans l'évaluation faite par les médecins. Elle ne rend pas vraisemblable l'existence de nouvelles limitations fonctionnelles qui ont déjà été déterminées par rapport à des atteintes dorso-lombaires.

Puis, le rapport du 17 novembre 2020 du Dr W._____ indique que les lésions au niveau thoracique ont disparu, que les troubles dégénératifs ont simplement décompensé à la suite de l'accident, que la mobilité est plus étendue que lors de l'examen de juin 2019 et que la recourante cristallise des symptômes diffus plutôt fonctionnels, avec la crainte que ces problèmes se chronicisent. La Dre G._____ a déduit à juste titre qu'il ne résultait pas de ce rapport l'existence d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée, mais plutôt d'une amélioration, notamment

avec la distance doigt-sol passée de 25 cm à 0 cm, la constatation d'une bonne mobilité lombaire et un examen neurologique normal.

En définitive, il apparaît que la capacité de travail résiduelle théorique a été déterminée de manière unanime par les médecins, y compris traitants de la recourante, et sur la base d'examens complets. Rien au dossier ne permet de mettre en doute l'appréciation de l'intimé à cet égard. Les activités adaptées citées en exemple par l'intimé, soit le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi ou dans le conditionnement, sont des activités simples et légères qui respectent les limitations fonctionnelles de la recourante ; cette dernière ne dit d'ailleurs pas en quoi elles seraient inadaptées.

6. La recourante conteste le calcul du degré d'invalidité, en particulier le montant des revenus retenus par l'intimé.

a) 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 avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée en fonction de leur incapacité à accomplir leurs travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI). Par travaux habituels, il faut en principe entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance aux proches (art. 27 al. 1 RAI ; cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGA).

Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI, d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, l'assuré aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps il aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par l'assuré à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part de son temps consacrée par l'assuré à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI).

En dépit des termes utilisés aux art. 28a al. 2 s. LAI et 8 al. 3 LPGA, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c ; 117 V 194).

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).

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'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 (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

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).

d) En l'espèce, la recourante travaillait à 80 % et a un statut d'active correspondant à ce taux, les 20 % restant étant dévolus aux tâches ménagères et à l'éducation des enfants. Compte tenu de l'art. 28a LAI, c'est à juste titre que l'intimé a extrapolé le revenu perçu à temps partiel sur un plein temps pour la détermination du revenu sans invalidité. Il aurait théoriquement dû évaluer les empêchements ménagers pour les 20 % affectés à ces tâches. Cependant, comme on le verra, cette mesure n'était pas nécessaire dès lors que, même avec des empêchements ménagers complets, ce qui n'est en tout cas pas le cas en l'occurrence si l'on se réfère aux activités quotidiennes de l'assurée, le taux d'invalidité n'ouvre pas de droit à une rente.

Pour ce qui concerne le revenu avec invalidité, l'intimé a pris en compte le revenu standard résultant de l'ESS pour une activité simple et légère, conformément à la jurisprudence, sans déduction pour tenir compte d'éventuelles perspectives salariales réduites. La recourante fait valoir qu'un abattement aurait dû être pris en compte en raison de son âge, de sa langue maternelle arabe, de ses difficultés à écrire et lire le français, de l'absence de formation autre que celle acquise dans les soins et du contexte psychosocial. Or, ce dernier facteur, comme déjà relevé, n'entre pas en considération en matière d'assurance invalidité. Quant à son âge, soit 45 ans, il se situe bien en-deçà de l'âge limite généralement admis par le Tribunal fédéral (ATF 138 V 457 consid 3.1 ; TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2). Pour ce qui concerne sa maîtrise du français, outre le fait que l'assurée a indiqué dans son cv qu'elle pratiquait cette langue parfaitement à l'oral, à l'écrit et en lecture et qu'aucune difficulté de compréhension de la langue française n'a été mentionnée dans l'ensemble des pièces au dossier, on relève que l'exercice d'une activité simple et répétitive ne nécessite pas une parfaite maîtrise de la langue française. Enfin, l'absence de formation est prise en compte dans le choix du salaire ESS, correspondant précisément à une activité simple pour personne sans formation professionnelle. On ajoutera que les

limitations fonctionnelles de la recourante, relevant uniquement de l'épargne du rachis, sont suffisamment prises en compte dans le choix de l'activité adaptée.

En conclusion, les revenus avec et sans invalidité ont été définis correctement par l'intimé. Le degré d'invalidité bien inférieur à 40 % n'ouvrant pas le droit à une rente, les griefs de la recourante et ses conclusions tendant à l'octroi d'une rente doivent être rejetés.

7. La recourante a requis des mesures d'instruction complémentaires. Or, le dossier contient suffisamment d'éléments pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte que la mise en œuvre d'un complément d'instruction, notamment sous la forme d'une expertise médicale requise par l'assurée, apparaît inutile (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 ; TF 8C_731/2018 du 15 mars 2019 consid. 6.2).

8. En définitive, le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 23 mars 2020, confirmée.

a) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis}, 1^{re} phrase, LAI).

En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont imputés à la recourante qui succombe. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, vu la décision du 18 juin 2019 lui octroyant l'assistance judiciaire (art. 118 al. 1 let. b CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

b) N'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art. 61 let. g LPGGA).

c) La recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Valérie Elsner Guignard, à compter du 18 mai 2020 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC [Code de procédure civile suisse du 19 novembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Me Elsner Guignard a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte de sa mandante le 22 février 2021. Elle a fait état de 10,3 heures consacrées à la présente procédure. Vérifiée d'office, la liste des opérations peut être approuvée. En définitive, il convient d'octroyer à Me Elsner Guignard un montant total de 2096 fr. 60 (débours forfaitaires à 5 % et TVA de 7,7 % compris) pour l'ensemble de ses activités.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton. La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office, dès qu'elle sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC. Le Service juridique et législatif est chargé de fixer les modalités de ce remboursement (cf. art. 5 RA) [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; BLV 211.02.3]).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 23 mars 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Valérie Elsner Guignard, conseil d'office de S._____, est arrêtée à 2'096 fr. 60 (deux mille nonante-six francs et soixante centimes), débours et TVA compris.
- VI. 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 et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Valérie Elsner Guignard (pour S._____),
- 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 :