

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 mai 2021

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
Mmes Röthenbacher, juge, et Gabellon, assesseure  
Greffière : Mme Jeanneret

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représentée par Me Rébecca Grand, av. à  
Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 ss, 16, 17 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1, 28a LAI ; 29bis, 69 al. 2 et  
88a al. 1 RAI**



**E n f a i t :**

**A.** Q.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1963, sans formation professionnelle, a travaillé en tant qu'employée d'entretien auprès de l'U.\_\_\_\_\_, établissement médico-social, dès mars 1990.

Elle a interrompu son activité professionnelle le 18 septembre 2015, en raison de douleurs lombaires. Elle a perçu dès lors des indemnités journalières perte de gain d'Assurance W.\_\_\_\_\_ SA.

Entre septembre 2015 et janvier 2016, l'assurée a été vue par plusieurs spécialistes en neurologie, dont les Drs K.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_. Une IRM (imagerie par résonance magnétique) lombaire a été effectuée le 23 septembre 2015, laquelle a révélé une discarthrose L4-L5 avec une protrusion discale qui entraîne un conflit avec la racine L4 droite dans son trajet foraminaux et extra-foraminaux associé à une sténose foraminaux droite (cf. rapport de la Dre D.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, du 24 septembre 2015). Le 10 novembre 2015, répondant à un questionnaire d'Assurance W.\_\_\_\_\_ SA, le Dr K.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de lombosciatique chronique bilatérale, dont le pronostic était stable et qui nécessitait un traitement d'antalgiques et d'anti-inflammatoires. Il mentionnait que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle était complète et définitive et qu'aucune autre activité professionnelle n'était envisageable. Puis, une IRM de la hanche droite a été faite le 16 décembre 2015, montrant que l'aspect de la hanche et de la cuisse proximale droite était dans les limites de la norme, sans explication quant à la symptomatologie de la patiente (cf. rapport établi le 16 décembre 2015 par le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie). Divers traitements antalgiques ont été tentés, ainsi que de la physiothérapie, puis un bloc facettaire a été posé le 29 janvier 2016.

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) le 28 janvier 2016, par l'intermédiaire d'Assurance W.\_\_\_\_\_ SA.

L'extrait du compte individuel AVS de l'assurée produit le 18 février 2016 faisait état de revenus salariés réalisés dès mars 1990 auprès du même employeur.

L'assurée a rempli le questionnaire de détermination du statut le 22 février 2016, en indiquant qu'elle travaillait à 72 % et qu'elle continuerait à ce pourcentage sans l'atteinte à la santé. Puis, le 25 février 2016, U.\_\_\_\_\_ a confirmé que l'assurée travaillait comme employée d'entretien depuis le 19 mars 1990, au taux d'activité de 72 %, soit 5 heures 59 par jour, depuis le 1<sup>er</sup> mars 2012, le salaire mensuel brut étant de 3'587 fr. 05 versé treize fois par an.

Répondant le 9 mars 2016 à un questionnaire de l'OAI, la Dre H.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitante de l'assurée, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgie depuis septembre 2015. Dans l'anamnèse, elle a précisé que l'assurée présentait des talalgie et lombalgie invalidantes depuis septembre 2015 et résistantes à tout traitement (infiltration, bloc facettaire, antalgiques et physiothérapie). Elle n'émettait pas de pronostic et mentionnait que l'indication pour une opération était en cours d'évaluation. Toute activité en position debout ou assise était impossible en raison des douleurs, de sorte que l'activité habituelle n'était plus exigible tandis qu'une activité adaptée au handicap serait « à voir selon la thérapie ».

Répondant le 8 avril 2016 à un questionnaire de l'OAI, la Dre X.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants :

- « - Lombosciatalgies droites survenant dans un contexte de troubles dégénératifs avec discopathie L4-L5 pouvant être à l'origine d'un conflit L4.
- Périarthrite de hanche droite d'accompagnement.
- Status post gonalgies droites de type mécanique (consultation en 2013).
- Rachialgies à prédominance cervico-lombaire en 2013 associées à une périarthrite de hanche droite d'accompagnement.
- Etat anxieux. »

La Dre X.\_\_\_\_\_ précisait qu'elle avait procédé à une infiltration rétrochantérienne de la hanche droite le 2 mars 2016 pour soulager la périarthrite. S'agissant des activités exigibles, elle relevait qu'une activité de nettoyeuse n'était pas exigible et mentionnait que les activités uniquement en position debout, uniquement en position assise, principalement en marchant, en position accroupie ou à genoux, ainsi que monter sur une échelle ou un échafaudage n'étaient pas exigibles. En revanche, les activités dans différentes positions l'étaient, ainsi que celles demandant de se pencher, de travailler avec le bras au-dessus de la tête, la rotation en position assise ou debout, monter les escaliers et soulever ou porter des charges de 5 kg au maximum, avec la précision que se pencher et la rotation ne devaient pas se faire de façon répétitive. La Dre X.\_\_\_\_\_ a par ailleurs joint, notamment, un rapport d'IRM lombaire effectuée le 11 mars 2016, concluant comme suit (cf. rapport du 14 mars 2016 du Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie) :

« Dans le cadre du spondylolisthésis décrit en indication, on note un antélisthésis de grade I de L4 sur L5. A ce niveau, le disque intervertébral a quasiment disparu. Les trous de conjugaison sont rétrécis, à prédominance droite. Rehaussement articulaire postérieur à prédominance droite, également.

A l'étage sous-jacent, discopathie dégénérative avec pincement discal modéré et bombement discal circonférentiel. Pas de hernie. Rétrécissement des trous de conjugaison à prédominance gauche, sur débords discaux et arthrose postérieure. L'arthrose postérieure est modérément rehaussée après injection intraveineuse (I/v) de produit de contraste.  
Pas de canal lombaire étroit. »

L'assurée a subi une intervention chirurgicale le 3 mai 2016, consistant en une spondylodèse L4-L5, L5-S1.

Le 23 mai 2016, l'OAI a informé l'assurée du fait qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible, la situation médicale n'étant pas encore stabilisée.

Répondant le 13 octobre 2016 à un questionnaire de l'OAI, la Dre H.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de spondylolisthésis L4-L5 avec sténose foraminale bilatérale, début de sténose foraminale L5-S1 bilatérale et de status post spondylodèse L4-L5, L5-S1 le 3 mai 2016.

S'agissant de l'évolution de l'état de santé, elle a noté qu'il n'y avait pas d'évolution, la patiente ressentant toujours les mêmes douleurs. L'incapacité de travail était totale, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, l'assurée ne pouvant pas rester assise ni debout longtemps.

Le 21 novembre 2016, l'assurée a repris son travail auprès de l'U.\_\_\_\_\_, dans un poste aménagé à 50 % de son taux habituel, soit 3 heures par jour, les matins. Selon décisions des 5 décembre 2016 et 5 janvier 2017, l'OAI l'a mise au bénéfice d'une mesure de reclassement professionnel pour la période du 1<sup>er</sup> décembre 2016 au 28 février 2017, prévoyant un taux de présence de 50 % du taux habituel de 72 %, soit 3 heures par jour, avec augmentation progressive jusqu'au taux de 72 %, ainsi que des indemnités journalières.

L'assurée a une nouvelle fois interrompu son travail le 23 mars 2017.

Dans un questionnaire adressé le 3 mai 2017 à Assurance W.\_\_\_\_\_ SA, la Dre M.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de status post spondylodèse L4-S1 et de lombalgies persistantes. Un traitement médicamenteux et de la physiothérapie étaient prescrits. S'agissant des limitations fonctionnelles, elle mentionnait le port de charge, les mouvements répétitifs et les positions stationnaires. L'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle, tandis qu'une autre activité en position assise avec des changements fréquents limitée à 2 heures par jour était exigible dès le 1<sup>er</sup> juin 2017.

Répondant le 23 juin 2017 à un questionnaire de l'OAI, la Dre M.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était stationnaire, avec persistance de lombosciatalgies bilatérales. La capacité de travail était de 0 % dans l'activité habituelle. En revanche, dans une activité adaptée, une amélioration par paliers de 20 % était possible. Les limitations fonctionnelles étaient le port de charge de plus de

5 kg, les positions statiques et les mouvements répétitifs. L'assurée avait reçu une injection intrathécale le 28 avril 2017.

Le 15 septembre 2017, la Dre M.\_\_\_\_\_ a rempli un nouveau questionnaire de l'OAI. Elle a indiqué que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était défavorable, avec cruralgie droite déficitaire sensitivomoteur nécessitant une décompression. La capacité de travail dans une activité adaptée était par conséquent nulle en attendant l'opération. La Dre M.\_\_\_\_\_ a précisé dans un courrier du 3 novembre 2017 que cette intervention ne permettrait pas d'améliorer la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée.

Le 16 janvier 2018, la Dre M.\_\_\_\_\_ a procédé à une arthrodèse lombaire par voie postérieure (PLIF) et cémentoplastie S1 (cf. rapport opératoire du 16 janvier 2018).

L'OAI a mis en œuvre son Service médical régional (SMR) afin de procéder à un examen clinique rhumatologique de l'assurée. Le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, collaborateur du SMR, a vu l'intéressée le 23 février 2018. L'examen clinique a duré de 9 heures 08 à 10 heures 05, avant prise de connaissance du dossier radiologique. Dans son rapport daté du 5 mars 2018, le Dr G.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic principal avec répercussion durable sur la capacité de travail de lombosciatalgies droites chroniques dans un contexte de reprise chirurgicale d'une sténose foraminale L4-5 droite et spondylodèse L4-S1, ainsi que le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail d'antécédents de périarthrite de hanche droite. S'agissant des limitations fonctionnelles (LF), il a mentionné qu'il s'agissait actuellement de limitations d'épargne du rachis lombaire. A six semaines postopératoires, l'assurée ne devait pas porter de charges même de quelques kilos, elle devait éviter la position assise prolongée de même que la station debout prolongée, les attitudes en porte-à-faux et les mouvements répétés de flexion-extension. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis le 18 septembre 2015. Quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, elle était également nulle car la situation

n'était pas stabilisée à six semaines postopératoires, le Dr G. \_\_\_\_\_ recommandant de procéder à une nouvelle évaluation à six mois postopératoires. Il estimait que le pronostic était bon au niveau neurologique avec les éléments à disposition, mais réservé sur l'évolution du cas et notamment des douleurs, n'excluant pas « que l'on s'achemine vers un failed back surgery syndrome ou un échec de traitement chirurgical ». Le pronostic de reprise d'une activité professionnelle paraissait également mauvais au vu du ressenti de l'assurée par rapport à ses capacités fonctionnelles, de la durée du « non emploi », de l'âge de l'assurée et de son niveau de formation.

Répondant à un questionnaire de l'OAI le 16 avril 2018, la Dre M. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire, avec des lombosciatalgies et une hypoesthésie S1 droite. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle, mais une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée était possible à long terme, avec une reprise d'activité par paliers. Les limitations fonctionnelles étaient la position debout statique et le port de charges.

Dans un questionnaire médical du 1<sup>er</sup> mai 2018, la Dre H. \_\_\_\_\_ a mentionné que les symptômes actuels de l'assurée étaient une lombalgie, une sciatalgie droite et une hypoesthésie du membre inférieur droit de degré II et III. L'évolution était stationnaire et l'assurée demeurait capable d'exercer de façon régulière des travaux légers, étant toutefois précisé qu'elle ressentait des douleurs après 10 minutes en position assise ou après 5 minutes en position debout et également à la marche. La flexion, le levage et le port de charge fréquents ainsi que la montée d'escaliers, d'échelles ou de plans inclinés étaient à proscrire et il était indispensable de faire alterner les postures de travail, soit la marche, la station debout et la position assise. La capacité de travail dans l'activité habituelle était de 0 %, mais pourrait être de maximum 50 % à long terme, l'amélioration de la capacité de travail devant passer par une réadaptation tant médicale que professionnelle.

Le Dr G.\_\_\_\_\_ a réexaminé l'assurée le 18 juillet 2018 ; l'examen a duré de 9 heures 07 à 10 heures 02 et a été suivi de la lecture du dossier radiologique jusqu'à 10 heures 30. Dans son rapport daté du 20 août 2018, il a posé le diagnostic principal avec répercussion durable sur la capacité de travail de lombosciatalgies droites non déficitaires, d'allure mécanique, dans un contexte de reprise chirurgicale d'une sténose foraminale L4-5 droite et spondylodèse L4-S1, ainsi que le diagnostic associé sans répercussion sur la capacité de travail d'antécédent de périarthrite de hanche droite et d'obésité de classe I. On extrait ce qui suit de l'appréciation du cas :

« Mme Q.\_\_\_\_\_ estime qu'elle n'est pas mieux après la dernière opération du 16.01.2018. Elle répond qu'il n'y pas de changement ni au niveau des douleurs, ni au niveau de ce qu'elle est capable de faire. L'assurée montre une douleur qui part de la fesse D et qui irradie à la face postérieure de la cuisse D jusqu'au talon, finissant sous le pied au niveau des 2 premiers orteils. Cette irradiation n'est pas systématisable sur le plan radiculaire. Cette irradiation ne correspond pas à une cruralgie, comme on l'attendrait dans une compression de la racine L4 D. C'était également le cas en février 2018, où l'irradiation postérieure nous évoquait davantage une irradiation S1.

Il n'est pas possible de savoir si des lombalgies sont quotidiennes ou non.

Le descriptif des douleurs est d'allure mécanique.

L'assurée annonce prendre un traitement médicamenteux extrêmement conséquent, associant un anti-inflammatoire, un antalgique simple, un myorelaxant, un opiacé, un anti-comitial (traitement des douleurs neurogènes), un anxiolytique. Nous émettons des doutes sur la prise de tous ces médicaments ; une telle prise entraînerait des effets secondaires de type somnolence, ce qui n'est pas le cas lors de l'examen de ce jour.

Comme c'était le cas en février 2018, l'assurée se décrit très limitée dans ses capacités à réaliser le ménage. Elle peut faire la poussière, nettoyer le lavabo, elle fait parfois à manger. Elle est aidée pour le reste par sa famille.

De façon peu cohérente avec les difficultés rencontrées dans le ménage, l'assurée s'efforce de marcher 1 heure par jour. En février 2018, nous avons été frappés par l'information comme quoi l'assurée marchait seulement 20 à 25 minutes/j dans son appartement et qu'elle aurait reçu le conseil de la Dresse M.\_\_\_\_\_ de ne pas sortir pour l'instant.

L'assurée ne se plaint pas d'autres problèmes de santé que son problème lombaire et du MID. Notamment, elle n'annonce pas de problèmes de genoux ou encore de problèmes cervicaux.

Nous réalisons un examen ciblé sur le rachis lombaire, nous refaisons un examen de la hanche D pour exclure une périarthrite de hanche. Nous faisons un examen neurologique détaillé. Un examen complet a été effectué le 23.02.2018.

L'examen de la hanche D ne montre pas d'attitude antalgique. Elle a un relâchement de la sangle abdominale dans un contexte d'obésité de classe I (BMI 33.3), nous constatons une horizontalisation du sacrum. Nous verrons plus loin, sur les RX, que l'assurée a une hyperlordose. L'assurée n'a pas d'attitude antalgique.

Dans sa gestuelle spontanée, Mme Q. \_\_\_\_\_ marche avec une vitesse normale, elle n'a pas de boiterie. Elle utilise normalement ses MS. Elle se déshabille rapidement.

Lors de l'entretien qui dure 27 minutes, l'assurée se lève 3 fois, la 1<sup>ère</sup> fois après 15 minutes, puis 2 minutes plus tard, et 5 minutes plus tard. Avant de se lever, l'assurée n'a pas l'air inconfortable lorsqu'elle est assise. Nous estimons qu'il s'agit d'une amplification consciente des symptômes. Une intolérance aussi importante en station assise ne serait pas compatible avec le projet d'aller au Portugal en avion le 18.08.2018. A titre de comparaison, lors du précédent examen du 23.02.2018, l'assurée s'était levée 4 fois en 25 minutes, la 1<sup>ère</sup> fois après 5 minutes.

L'examen neurologique est normal. L'assurée n'a pas de déficit neurologique sur la racine L4 D potentiellement concernée par l'ancienne sténose foraminale. Tous les réflexes sont normaux. L'examen neurologique était déjà normal en février 2018. Nous n'avons pas de sciatgies ou de cruralgies irritatives.

La mobilité lombaire s'est améliorée par rapport à février 2018. Nous avons un indice de Schober modérément restreint à 10-12 cm (norme 10-15 cm) ; l'indice de Schober est actuellement de 10-13,5 cm ; lors de la manœuvre, l'assurée ne décrit pas de douleurs lombaires, cela tire ddc au niveau de la face postérieure des cuisses. L'extension est plus facile, elle est réalisable aux 2/3 d'amplitude à 20°. La palpation est douloureuse en L3 et en L4 avec une augmentation de la tension musculaire paravertébrale D. Les cicatrices postopératoires sont calmes. L'assurée fait ses transferts assis-debout de normalement à modérément ralentis, les transferts couché-assis sont ralentis. Globalement, nous retenons un syndrome rachidien lombaire léger.

Le score de Waddell est négatif globalement à la recherche de signes de non-organicité. Nous avons une réaction exagérée, ce qui donne 1 signe sur 5 (seuil 3/5 pour être reconnu positif). En février 2018, nous avons 2 signes sur 5.

(...)

Nous étudions en détails les RX postopératoires du 16.02.2018 au 16.07.2018. On y visualise une spondylodèse postérieure L4-S1 en place, avec une cage intersomatique en L4-5, du ciment à l'endroit d'insertion de la vis pédiculaire inférieure D en S1. L'assurée a une

hyperlordose, le mur postérieur est aligné, il n'y a pas de rupture du matériel, il n'y a pas de décompensation de l'étage sus-jacent à la spondylodèse, c'est-à-dire l'étage L3-4. Deux fois sur trois, l'assurée a une attitude en légère flexion latérale D, cela correspond vraisemblablement à une légère attitude antalgique. Il n'y a pas de coxarthrose, pas d'atteinte des sacro-iliaques ».

S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr G.\_\_\_\_\_ a retenu des limitations au niveau du rachis lombaire, en précisant qu'elles s'appuyaient sur les éléments objectifs et non sur la tolérance que montre l'assurée en station assise lors de l'examen. Il s'agissait ainsi de proscrire les mouvements répétés de flexion-extension du tronc, l'attitude prolongée en porte-à-faux, la position assise prolongée au-delà de 45 minutes, la position debout prolongée au-delà d'une heure (temps passé à marcher), la position debout statique au-delà de 20 minutes et le port de charge répété au-delà de 5 kg. Enfin, le Dr G.\_\_\_\_\_ a confirmé que l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle. En revanche, « dans une activité adaptée, ménageant le dos ou l'équivalent de 2 x 3 heures/j », ce qui laissait à l'assurée une heure supplémentaire pour relâcher son dos à midi, avec une pause plus importante, une capacité de travail de 75 % était exigible dès le 16 juillet 2018, soit à six mois postopératoires, l'assurée étant encouragée à augmenter progressivement ses activités physiques. Le pronostic paraissait bon au niveau neurologique et au niveau ostéoarticulaire, mais réservé au niveau de la reprise d'une activité professionnelle au vu du ressenti de l'assurée par rapport à ses capacités fonctionnelles et au vu du ressenti par rapport au résultat de l'intervention chirurgicale.

Une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 19 décembre 2019 au domicile de l'assurée. Selon le rapport établi le même jour, le statut de l'assurée était de 72 % active et 28 % ménagère, l'intéressée ayant toujours travaillé à ce taux, qui lui permettait de s'occuper de sa famille et de son ménage tout en réalisant des gains suffisants à l'équilibre financier du ménage. L'enquêteur a relevé que les limitations fonctionnelles retenues par le SMR avaient pu être vérifiées et pouvaient être confirmées. Il évaluait à 24 % leur impact sur l'activité

ménagère habituelle de l'assurée, en tenant compte de l'aide exigible de son mari et de sa fille.

Le 19 février 2019, l'OAI a adressé à l'assurée un projet d'acceptation de rente, prévoyant de lui octroyer une rente entière du 1<sup>er</sup> septembre 2016 au 31 octobre 2018. L'office a retenu l'existence d'une incapacité de travail totale dans toute activité lucrative à la fin du délai d'attente d'une année, le 17 septembre 2016. Tenant compte d'un taux d'empêchement de 100 % sur la part de 72 % consacrée à l'activité professionnelle, ainsi que d'un taux d'empêchement de 24 % sur la part de 28 % de l'activité ménagère, le degré d'invalidité était de 79 %. Par la suite, l'assurée avait eu une incapacité de travail et de gain de 50 % du 21 novembre 2016 au 23 mars 2018, puis à nouveau de 100 % du 24 mars 2017 au 15 juillet 2018. Durant la période à 50 %, le degré d'invalidité s'établissait à 22.56 %, taux qui ne donnait plus de droit à la rente. Toutefois, considérant que cette amélioration avait duré plus de trois mois mais qu'une aggravation s'était produite dans les trois ans, le droit à la rente pouvait être réintroduit dès le mois de l'aggravation sans nouvelle période d'attente préalable d'une année, de sorte que le droit à la rente pouvait être maintenu. Enfin, une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée étant reconnue dès le 16 juillet 2018, le degré d'invalidité devait être recalculé selon la méthode d'évaluation entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2018, donc en se fondant sur un taux d'occupation théorique de 100 % dans la part active. Sur cette base, l'OAI a procédé à la comparaison des revenus sur la base des statistiques salariales applicables aux femmes dans des activités sédentaires non qualifiées du domaine de l'industrie et du service en 2018 pour un taux d'activité de 75 %, avec un abattement supplémentaire de 10 % pour tenir compte de l'âge et des années de service de l'assurée. Le degré d'invalidité était désormais de 38.14 %, ce qui n'ouvrait plus de droit à une rente AI. Le droit à la rente prenait donc fin au 31 octobre 2018.

Dans un courrier adressé le 12 avril 2019 à l'OAI, la Dre M. \_\_\_\_\_ a fait valoir que cette appréciation ne tenait pas compte de la situation du marché du travail, eu égard à l'âge, aux antécédents et aux

importantes restrictions que présentait l'assurée, rendant une reconversion professionnelle difficilement réalisable. Elle estimait que l'assurée accepterait volontiers une proposition de travail adapté à un pourcentage réduit et estimait qu'une rente d'invalidité partielle devait lui être accordée.

L'assurée s'est opposée au projet de décision d'octroi de rente par acte du 15 avril 2019. Elle a fait valoir en premier lieu que l'aptitude reconnue dans une activité adaptée allait à l'encontre des constatations des Dres M. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_, qui évoquaient une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et quasi inexistante dans une activité adaptée. Elle relevait que ses douleurs étaient quotidiennes, qu'elle était réveillée plusieurs fois par nuit par les douleurs au dos et aux jambes, ainsi que par des angoisses et craintes liées à son avenir et à la dégradation de son état de santé. Ses deux séances de physiothérapie hebdomadaires lui causaient en outre des douleurs qui l'obligeaient ensuite à rester allongée une bonne partie de la journée. Ainsi, elle considérait que la capacité de travail reconnue dans un poste adapté était purement théorique et ne tenait aucun compte de l'état du marché, de son âge, de ses multiples limitations fonctionnelles, de son manque de formation et de son inexpérience, tandis que les professions concrètes qui pouvaient entrer en ligne de compte n'avaient pas été mentionnées. Enfin, elle ajoutait que l'abattement de 10 % sur le salaire statistique était insuffisant et critiquait les conclusions de l'enquête sur le ménage, estimant que le taux d'empêchement de 24 % pour la part ménagère était « largement » inférieur à la réalité.

Par courrier du 13 novembre 2019, l'OAI a informé l'assurée du fait que son opposition n'apportait aucun élément d'ordre médical nouveau. Par ailleurs, l'office exposait que, conformément à la jurisprudence, il était exigible d'attendre du mari et de la fille de l'assurée, tous deux adultes valides, d'apporter leur aide dans certaines tâches ménagères. Il confirmait ainsi entièrement son projet de décision, en ajoutant cependant un descriptif des activités qui pouvaient être considérées comme adaptées aux limitations fonctionnelles retenues et en

annexant des définitions des notions de conditionnement, d'emballage et de mise sous pli, ainsi que des exemples de domaines dans lesquels ces activités pouvaient être exercées. Il précisait à cet égard que ce courrier et son annexe faisaient partie intégrante de la décision.

Par décision du 11 mai 2020, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre au 30 novembre 2016 puis du 1<sup>er</sup> mars 2017 au 31 octobre 2018. La décision fixait les montants de cette rente et de la rente pour enfant liée, ainsi que le calcul du rétroactif. La motivation jointe reprenait celle développée dans le projet de décision du 19 février 2019.

**B.** Par acte du 10 juin 2020, représentée par Me Rébecca Grand, Q.\_\_\_\_\_ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision de l'OAI du 11 mai 2020. Elle a conclu principalement à la réforme de la décision, en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2016, subsidiairement qu'une rente entière lui soit octroyée du 1<sup>er</sup> septembre 2016 au 31 octobre 2018 puis une rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> novembre 2018 dont le taux serait fixé au terme de la procédure probatoire. Plus subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise rhumatologique et psychiatrique. En substance, elle contestait avoir récupéré une quelconque capacité de travail à compter du 16 juillet 2018, ainsi que le taux d'empêchement retenu de 24 % dans les activités ménagères. En particulier, elle remettait en cause la valeur probante des rapports du Dr G.\_\_\_\_\_ et de l'enquête économique. Elle faisait en outre valoir que les questions de l'exigibilité de l'activité adaptée et du taux d'occupation n'avaient pas été suffisamment motivées dans la décision, se plaignant sur ce point d'une violation de son droit d'être entendue. Pour le surplus, elle soutenait que sa situation personnelle, l'importance des limitations fonctionnelles retenues, ainsi que la nécessité de fractionner l'activité sur la journée, rendaient inexistantes les activités pouvant être pratiquées sur le marché général du travail, subsidiairement

justifiaient un abattement plus important, soit au minimum de 20 %, sur le salaire statistique.

Par réponse du 19 août 2020, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Il estimait que, tant les rapports d'examen clinique effectués par le SMR que le rapport d'évaluation des empêchements rencontrés au ménage, satisfaisaient aux exigences permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante. Enfin, il faisait valoir que l'abattement de 10 % tenait suffisamment compte de l'âge de la recourante et du fait qu'elle avait travaillé de nombreuses années pour le même employeur, un abattement supplémentaire en raison des limitations fonctionnelles n'étant pas justifié puisqu'elles étaient respectées dans une activité industrielle légère et prises en compte dans la fixation du taux d'activité exigible.

Par réplique du 18 septembre 2019, la recourante a fait valoir que la réponse de l'intimé n'apportait aucun élément nouveau, de sorte qu'elle maintenait les réquisitions et conclusions formulées au pied de son recours du 10 juin 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. a)** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail dès le 16 juillet 2018.

**b)** A titre liminaire, il y a lieu de relever que l'intéressée invoque un défaut de motivation de la décision attaquée (cf. mémoire de recours du 10 juin 2020 p. 10 s.), grief relevant formellement d'une violation de la garantie procédurale du droit d'être entendu.

Il apparaît toutefois que la recourante reproche en réalité à l'intimé d'avoir retenu les appréciations du Dr G. \_\_\_\_\_ plutôt que l'avis de son médecin traitant s'agissant de sa capacité de travail dans une activité adaptée et de n'avoir pas suffisamment tenu compte de sa situation pour déterminer le taux d'abattement sur le revenu d'invalidité. Dans cette mesure, en tant qu'il porte sur le résultat de l'appréciation des preuves faite par l'intimé, le grief tiré d'une violation du droit d'être entendu se confond ici avec celui d'une constatation manifestement inexacte des faits pertinents, que la recourante soulève également. Ce grief sera donc examiné avec le fond du litige.

**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). 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. 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).

**c)** Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1).

A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la

capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. En outre, selon l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29<sup>bis</sup> RAI est toutefois applicable par analogie.

L'art. 29<sup>bis</sup> RAI prévoit ainsi que, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi.

**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 LPGA), 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).

**c)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**d)** D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee

et la référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

En outre, les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI peuvent revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale, bien qu'ils ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4 ; TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3 ; 9C\_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références citées, passage non publié in ATF 135 V 254). Il n'existe en effet pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Cela étant, il convient d'ordonner une telle expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3).

**e)** Selon la jurisprudence, la valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste (FMH [Fédération des médecins suisses]) n'en est en revanche pas une condition (ATF 137 V 210 consid. 3.3.2 ; TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 ; 9C\_270/2008 du 12 août 2008 consid. 3.3). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier (TF 9C\_269/2012 du 6 août 2012 consid. 3.2.1). Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien

établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci. Ce qui précède vaut également pour les rapports établis par un service médical régional de l'assurance-invalidité (TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et les références citées).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il y a lieu d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bienfondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_604/2018 du 24 janvier 2019 consid. 4.4 ; 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références cités). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa ; TF 9C\_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2).

**5.** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2, 2<sup>e</sup> phrase, LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 ; 127 V 294 consid. 4c *in fine* ; 102 V 165). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur

les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Ainsi, conformément à la jurisprudence, une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que des troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner. Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs de l'assuré qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. Le Tribunal fédéral a ainsi retenu que des éclaircissements de la part d'un médecin psychiatre n'étaient pas nécessaires lorsqu'il n'existait aucun indice que l'assuré présentât une problématique psychique invalidante (TF 9C\_699/2011 du 21 mai 2012 consid. 4.2 et les références citées).

**6. a)** En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'examen clinique du SMR du 18 juillet 2018, pour retenir que l'assurée avait présenté une incapacité de travail totale dans toute activité dès le 18 septembre 2015, qu'il y avait eu une amélioration du 21 novembre 2016 au 23 mars 2017 avec une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, puis une péjoration avec une incapacité de travail de 100 % dans toute activité dès le 24 mars 2017, et enfin qu'elle avait retrouvé une capacité de travail dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles et raisonnablement exigible de 75 % dès le 16 juillet 2018.

**b)** La recourante conteste en premier lieu la valeur probante de ce rapport.

**aa)** L'intéressée fait d'abord état d'un « biais important », en pointant quelques observations du Dr G. \_\_\_\_\_ qui tendraient à la faire apparaître comme une personne cherchant à profiter du système. Les phrases en question sont cependant formulées sans jugement de valeur. S'agissant en premier lieu de l'indication selon laquelle la recourante

souhaite obtenir une rente, elle se justifie dès lors que sa demande de prestations de l'assurance-invalidité pourrait tout aussi bien concerner l'octroi de mesures de réadaptation. Il s'agit ainsi de poser le cadre du débat et le Dr G. \_\_\_\_\_ a uniquement repris les propos tenus par la recourante, sans les commenter. Quant aux remarques relatives aux changements de position de la patiente durant l'entretien et au projet qu'elle a mentionné de se rendre au Portugal, le médecin s'est limité à mettre en lien ses observations avec certaines déclarations de la recourante, afin d'expliquer pour quels motifs ces éléments lui paraissaient contradictoires et l'amenaient à conclure que la recourante exagérait certaines plaintes. Il ne s'est toutefois pas prononcé sur la cause ou la finalité des exagérations constatées. Le Dr G. \_\_\_\_\_ a d'ailleurs utilisé du conditionnel pour évoquer l'incompatibilité d'un voyage au Portugal au regard de l'intolérance à la position assise affichée par la recourante au cours de l'entretien, étant relevé que la recourante ne conteste pas qu'un tel voyage, qu'il soit fait en avion comme mentionné par le Dr G. \_\_\_\_\_ ou en voiture comme elle le prétend dans son recours, impliquent nécessairement de rester assis durant de longues périodes. Du reste, si le Dr G. \_\_\_\_\_ a observé que les nombreux changements de position assise/debout de la recourante pendant l'entretien ne semblaient pas motivés par un réel inconfort au moment où ils sont intervenus, il n'a pas nié l'existence d'une limitation fonctionnelle en relation avec la position assise prolongée mais a seulement évalué la durée de cette position à 45 minutes et non de 10 à 15 minutes comme le suggérait le comportement de la recourante.

Par ailleurs, force est de constater que les conclusions du Dr G. \_\_\_\_\_ relatives à l'impact de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail de la recourante ne sont pas uniquement fondées sur les observations litigieuses, mais prennent également en compte un ensemble d'examens effectués par ce praticien (examen neurologique, examen de la mobilité lombaire, palpation, observation des mouvements) et la documentation mise à sa disposition (IRM post-opératoires et rapports relatifs aux investigations faites sur la hanche de la recourante). Or, il appartient précisément au médecin mandaté pour déterminer la

capacité de travail d'un assuré, d'écouter ses plaintes et de les confronter aux autres données dont il dispose. En l'occurrence, le Dr G.\_\_\_\_\_ a rapporté les plaintes exprimées par l'assurée et a démontré, d'une part, qu'elles présentaient certaines incohérences quant à leur intensité en regard de ce que la recourante déclarait pouvoir faire et, d'autre part, n'étaient pas objectivables par les examens médicaux. En particulier, l'examen neurologique était normal, les examens d'imagerie post-opératoires ne montraient pas de complication, une périarthrite avait été exclue et il n'y avait pas d'attitude antalgique au niveau du rachis. Dans ce contexte, il apparaît que les mentions litigieuses ne dénotent pas d'un manque d'objectivité de la part du Dr G.\_\_\_\_\_, de sorte que ce grief de la recourante doit être rejeté.

**bb)** La recourante a également remis en cause les compétences du Dr G.\_\_\_\_\_, estimant qu'il n'est pas habilité à se prononcer sur l'atteinte à sa santé dans la mesure où il n'a « pas de compétence particulière en neurochirurgie ». Cette argumentation tombe à faux. Certes, l'intéressé dispose d'un titre de spécialiste FMH en rhumatologie, tandis que la recourante est suivie depuis 2015 par des neurochirurgiens. Cependant, la neurochirurgie traite des aspects pathologiques de l'ensemble du système nerveux (système nerveux central et périphérique, système nerveux somatique et autonome, systèmes vasculaires afférents et efférents), de la transmission neuromusculaire et de la musculature (lisse et striée). Quant à la rhumatologie, cette spécialité s'occupe de l'étiologie, de la pathogénèse, du diagnostic, du traitement non chirurgical, de la prévention et de la réadaptation des maladies rhumatismales, parmi lesquelles figurent les maladies dégénératives et inflammatoires des articulations et de la colonne vertébrale, les atteintes des parties molles, ainsi que les maladies osseuses, les troubles du métabolisme, les maladies infectieuses et les atteintes néoplasiques de l'appareil locomoteur (cf. descriptif des titres de spécialistes FMH, <https://www.siwf.ch/fr/formation-postgraduee/titres-specialiste-formations.cfm>). Il ressort de ces définitions que ces deux spécialités se recoupent largement. En outre, la question litigieuse concerne l'évaluation de l'impact des douleurs dont se plaint la recourante

sur sa capacité de travail, ce qui entre précisément dans le champ de compétence d'un rhumatologue. Par ailleurs, aucun élément des différents rapports de la Dre M.\_\_\_\_\_ ne met en exergue de problématique que seul un neurochirurgien serait à même d'apprécier ni ne mentionne un échec de la chirurgie. Ainsi, il convient de retenir que le Dr G.\_\_\_\_\_ dispose bien des qualifications nécessaires pour se prononcer sur la capacité de travail de la recourante. Ce deuxième grief doit donc également être rejeté.

**cc)** Enfin, la recourante estime que l'examen du Dr G.\_\_\_\_\_ a été expéditif car l'entretien n'a duré que 27 minutes. Ce grief repose sur une allégation de fait tronquée et doit donc être rejeté. En effet, s'il est effectivement mentionné, au chapitre « discussion » du rapport du 20 août 2018, que l'entretien a duré 27 minutes, il ne s'agit pas du seul temps consacré par le Dr G.\_\_\_\_\_ à l'examen de la recourante. Il ressort en effet du préambule du rapport que l'entretien a été complété d'un examen clinique de 28 minutes, puis d'une étude du dossier d'imagerie de même durée. Le préambule du premier rapport, établi le 5 mars 2018, faisait état d'un horaire similaire. Il apparaît ainsi que le Dr G.\_\_\_\_\_ a consacré, par deux fois, environ une heure et demie à l'examen de la recourante, sans compter la rédaction des deux rapports. Quoi qu'il en soit, cette durée ne remet nullement en cause la valeur probante de l'examen clinique. En effet, de jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère qu'un entretien de courte durée entre l'expert et l'expertisé n'exclut pas une étude fouillée et complète du cas (TF 9C\_550/2014 du 3 février 2015 consid. 4.3.3 ; TF I 533/06 du 23 mai 2007 consid. 5.6), jurisprudence applicable mutatis mutandis à un examen clinique SMR. Aucun élément ne permet par ailleurs de considérer que les examens effectués étaient lacunaires.

**c)** La recourante conteste ensuite présenter une capacité de travail de de 75 % dans une activité adaptée, telle que retenue par le Dr G.\_\_\_\_\_. Elle fait valoir que ce médecin a émis une simple opinion, divergente de l'avis de la Dre M.\_\_\_\_\_, mais non étayée par des éléments objectifs. Certes, cette spécialiste a mentionné dès 2017, soit

avant la seconde intervention chirurgicale, qu'une reprise du travail à 50 % dans une activité adaptée était possible, à long terme et par paliers progressifs. Elle a réitéré cette appréciation dans son rapport du 16 avril 2018. Il convient toutefois de relever, contrairement à ce que soutient la recourante, que la Dre M.\_\_\_\_\_ n'a pas explicité les motifs pour lesquels elle a retenu une capacité de travail de 50 %, au contraire du Dr G.\_\_\_\_\_. En outre, ces rapports ont été établis avant la seconde opération ou peu de temps après. Il en va de même du rapport établi le 1<sup>er</sup> mai 2018 par la Dre H.\_\_\_\_\_. Or, lors de son premier examen, le Dr G.\_\_\_\_\_ avait constaté qu'à six semaines post-opératoires, la capacité de travail dans une activité adaptée était nulle car la situation n'était pas stabilisée, et avait préconisé de procéder à un nouvel examen à six mois postopératoires. Dans ces circonstances, il paraît adéquat d'accorder une force probante plus grande au rapport établi six mois après l'opération, lorsque la situation médicale peut être considérée comme stabilisée. A cela s'ajoute que la Dre M.\_\_\_\_\_ s'est spontanément prononcée sur le projet de décision de l'intimé et qu'elle n'a apporté aucun élément à ce moment-là en relation avec le taux d'activité reconnu dans une activité adaptée, ses remarques concernant uniquement les possibilités concrètes de la recourante de trouver une telle activité sur le marché du travail.

Enfin, comme déjà relevé, le Dr G.\_\_\_\_\_ a fondé son appréciation sur un examen complet de la recourante et de son dossier médical. Ses conclusions sont étayées et mentionnent les raisons pour lesquelles il relativise les plaintes de la recourante et s'écarte de l'appréciation de la Dre M.\_\_\_\_\_. Dès lors, il y a lieu de donner pleine valeur probante au rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ du 18 juillet 2018.

**d)** La recourante a encore fait valoir que, dans la mesure où le Dr G.\_\_\_\_\_ a retenu qu'elle amplifiait ses symptômes, l'intimé aurait dû ordonner une expertise psychiatrique afin d'évaluer la présence d'un éventuel trouble somatoforme douloureux. A cet égard, il apparaît que cette hypothèse est soulevée par la recourante uniquement et qu'elle n'a été évoquée ni par le Dr G.\_\_\_\_\_, ni par les médecins traitantes de la

recourante. Ces deux dernières n'ont en outre pas jugé utile d'adresser leur patiente à une consultation spécialisée, bien qu'elles la suivent régulièrement depuis 2015. La seule amplification des plaintes observée par le Dr G. \_\_\_\_\_ ne justifie pas, en soi, d'investiguer sur le plan psychiatrique en l'absence de tout autre indice allant dans le sens d'une atteinte psychiatrique invalidante, étant au demeurant relevé que ce médecin évoque un comportement conscient de la part de l'assurée, ce qui est un motif d'exclusion d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations de l'assurance (TF 9C\_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2). En d'autres termes, il n'y a pas lieu d'ordonner des mesures d'instruction complémentaires dans ce sens.

**e)** Ainsi, aucun élément ne permet de s'écarter de l'appréciation du Dr G. \_\_\_\_\_ ni ne commande de poursuivre les investigations, ce qui revient à considérer que la recourante présente une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 18 juillet 2018.

**7.** Il reste à examiner si la recourante a droit à une rente d'invalidité.

**a)** Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte - dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

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). Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2).

**b)** Pour les personnes qui exerçaient une activité lucrative à temps partiel ou travaillaient sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissaient 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 pourcent, 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).

**c)** En l'espèce, au moment de la survenance de l'atteinte à la santé, la recourante exerçait une activité lucrative à 72 % et consacrait le

temps restant, soit 28 %, à l'accomplissement des tâches ménagères. L'intéressée ne conteste pas que, sans l'atteinte à la santé, elle maintiendrait durablement cette répartition. C'est donc à juste titre que l'intimé a appliqué la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité prévue par l'art. 28a al. 3 LAI en retenant cette clé de répartition.

**8.** La recourante conteste en premier lieu le taux d'empêchement retenu par l'intimé pour la part ménagère.

**a)** Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée (cf. art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 et les références citées ; TF 9C\_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1). Le seul fait que la personne désignée pour procéder à l'enquête se trouve dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'office AI ne permet pas encore de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. Il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité de l'évaluation (à propos des rapports et expertises des médecins internes des assurances, cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la

famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante admis que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4. 2 et les références citées ; TF 9C\_925/2013 du 1<sup>er</sup> avril 2014 consid. 2.3 et les références citées).

**b)** En l'espèce, la recourante remet en cause la valeur probante du rapport d'enquête ménagère mise en œuvre par l'intimé en premier lieu parce qu'il aurait été effectué avant que la situation ne soit claire et définitive s'agissant de la capacité de travail. Cet argument tombe, compte tenu des considérations qui précèdent à ce propos. En effet, l'enquête ménagère a été faite postérieurement au rapport rendu par le Dr G. \_\_\_\_\_ et en mentionne expressément les conclusions.

**c)** La recourante fait ensuite valoir que le taux d'empêchement retenu par l'enquêteur signifie que l'aide attendue de son mari et de sa fille cadette porte sur 76 % de ses tâches ménagères, ce qui serait excessif dès lors que ces personnes travaillent à temps plein et ne tient pas compte du fait que sa fille cadette, âgée de 19 ans, prendra probablement son autonomie prochainement.

Il convient de relever préliminairement que le rapport d'enquête ménagère est fondé sur une visite à domicile et reprend les déclarations faites à cette occasion par la recourante pour chaque poste observé. La recourante ne prétend pas que l'enquêteur aurait mal retranscrit ses propos ou qu'il y aurait des omissions ou inexactitudes. Elle ne remet pas non plus en cause le pourcentage attribué à chaque poste (40 % pour l'alimentation, 30 % pour l'entretien du logement, 10 % pour les achats et courses diverses, 20 % pour la lessive et l'entretien des vêtements, 0 % pour l'assistance aux enfants et aux proches). Par conséquent, il n'y a pas lieu de revenir sur ces éléments.

Par ailleurs, le parallèle opéré par la recourante entre les tâches ménagères et son activité professionnelle d'employée d'entretien n'a pas lieu d'être, comme l'a retenu le Tribunal fédéral (TF 9C\_276/2020 consid. 4.3). En outre, l'on peut attendre de l'assuré atteint dans sa santé qu'il adapte son fonctionnement et réorganise ses tâches ménagères spontanément, par exemple en renonçant à certaines tâches non essentielles ou en fractionnant son travail. Il n'y a dès lors aucune incohérence à reconnaître une certaine capacité de la recourante à effectuer des tâches ménagères malgré son incapacité complète de travail dans son activité professionnelle. S'agissant ensuite de l'enfant qui fait ménage commun avec la recourante, on relève qu'elle est majeure, de sorte qu'il est normal qu'elle participe à la tenue du ménage, au même titre qu'elle serait amenée à le faire si elle vivait de manière autonome dans son propre logement. Cependant, s'il y a lieu d'admettre avec la recourante que l'intéressée prendra vraisemblablement son indépendance une fois qu'elle aura terminé sa formation professionnelle, son départ aura aussi pour corollaire une diminution des tâches ménagères restant à la charge de la recourante et de son mari (moins de courses, moins de lessive, moins de vaisselle, etc.). Ce dernier argument n'est donc pas pertinent.

**d)** Reste ainsi à déterminer si l'enquêteur a tenu compte de manière adéquate des limitations de la recourante, respectivement de l'aide que l'on peut raisonnablement attendre de ses proches. A ce propos, il apparaît que, pour chaque poste, l'enquêteur a listé les tâches auxquelles la recourante avait dû renoncer en raison de l'atteinte à sa santé, puis a listé ce qu'elle était encore capable de faire seule et ce qu'il estimait pouvoir être effectué par son mari et sa fille, pour en déduire le taux d'empêchement lié à l'atteinte à la santé. Comme déjà dit, la recourante conteste uniquement les tâches attendues de son mari et de sa fille.

S'agissant plus particulièrement des postes examinés par l'enquêteur, celui-ci a constaté à propos de l'alimentation que la recourante avait pour habitude de cuisiner, de faire le service à table pour

ses proches et qu'elle recevait fréquemment des invités. Il a relevé que la recourante pouvait encore préparer les repas quotidiens et considéré qu'il pouvait être exigé des proches de celle-ci qu'ils se servent eux-mêmes dans les plats, débarrassent la table, se chargent du lave-vaisselle, nettoient la cuisine et s'occupent de la préparation de certains repas. Ce faisant, l'enquêteur ne reporte pas sur eux l'entier des tâches auxquelles la recourante a dû renoncer, mais seulement une partie. Ainsi, le taux d'empêchement retenu, soit 25 %, concerne le renoncement de la recourante aux préparations festives auxquelles elle aimait s'adonner fréquemment (repas élaborés pour des invités, pâtisseries, etc.) et qui ne sont pas attendus de ses proches. Ce taux paraît adéquat, tandis que les tâches retenues à la charge des proches ne dépassent pas une aide raisonnablement exigible. Pour l'entretien du logement ensuite, l'enquêteur a relevé que la recourante avait dû renoncer à ses exigences élevées en matière de nettoyage. Constatant que la recourante pouvait, selon ses dires, procéder aux travaux légers qui sont à sa hauteur, il a retenu qu'il pouvait être attendu de ses proches qu'ils procèdent à un nettoyage léger du reste du logement, soit moins poussé et moins fréquent que ce que faisait la recourante, et qu'ils amènent les poubelles aux containers. Le taux d'empêchement de 30 % paraît ainsi une évaluation correcte du renoncement aux travaux de nettoyages plus approfondis, qui ne sont donc pas attendus des proches, avec pour corollaire que le report de charge sur ces derniers n'est pas excessif. Pour les achats et courses diverses, l'enquêteur n'a retenu aucun empêchement, en relevant que la recourante effectuait désormais ses courses seule, mais plus souvent, et que son mari n'avait plus alors qu'à décharger la voiture au lieu de l'accompagner dans les magasins. Cette appréciation ne prête pas le flanc à la critique car il s'agit d'une réorganisation des tâches que l'on peut attendre spontanément d'un assuré, étant au demeurant relevé que ce mode de faire décharge le mari de la recourante d'une partie des tâches qu'il assumait auparavant, ce qui compense quelque peu l'augmentation de ses autres tâches. Concernant ensuite la lessive et l'entretien des vêtements, il est relevé que la recourante disposait d'un lave-linge et d'un sèche-linge, qu'elle pouvait vider le sèche-linge, plier et ranger le linge et qu'elle avait renoncé à

repasser les vêtements, à l'exception des chemises de son mari qu'elle continuait à repasser de manière fractionnée. L'enquêteur a considéré qu'il pouvait être exigé des proches de la recourante qu'ils chargent et vident le lave-linge, mais non qu'ils repassent à la place de la recourante, le taux d'empêchement de 25 % tenant compte du renoncement à cette tâche. Le taux paraît correct, tandis que le report de charge sur les proches reste raisonnable.

En définitive, force est de constater que le rapport d'enquête a pleine valeur probante et que le taux d'empêchement global de 24 % (soit  $[40 \% \times 25 \%] + [30 \% \times 30 \%] + [10 \% \times 0] + [20 \% \times 25 \%]$ ) retenu par l'enquêteur est justifié et ne consacre pas un report de charges excessif sur les proches de la recourante.

**9.** La recourante remet en cause le degré d'invalidité retenu pour la part active au motif que la reprise d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelle ne serait pas exigible compte tenu de sa situation personnelle et de l'importance de ses limitations fonctionnelles.

**a)** On applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références citées). Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs

personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 I 205 consid. 3.2 ; TF 9C\_36/2018 du 17 mai 2018 consid. 4.2).

S'agissant de l'âge, la jurisprudence tient compte de l'âge de l'assuré au moment où l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée a été constatée (ATF 143 V 431 consid. 4.5.2 ; 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C\_839/2017 du 24 avril 2017 consid. 6.2). Elle reconnaît en général qu'à partir de 60 ans, il n'existe plus de possibilité réaliste d'exploiter la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (cf. TF 9C\_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2 ; 9C\_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2 et 4.4), mais rarement avant s'il n'existe pas d'autre circonstance particulière notamment en lien avec le parcours professionnel de l'assuré ou les limitations induites par son état de santé (cf. TF 9C\_839/2017 du 24 avril 2017 consid. 6.2 ; 9C\_789/2016 du 5 avril 2017 consid. 5.2 ; TF 9C\_355/2011 du 8 novembre 2011 consid. 4.4 ; 9C\_578/2009 du 20 décembre 2009 consid. 4.3.2).

**b)** En l'espèce, la recourante était âgée de 55 ans en 2018, moment où l'existence d'une capacité de travail dans une activité adaptée a été reconnue. Cet élément seul ne suffit donc pas à nier le caractère exigible d'une reconversion professionnelle. Pour le surplus, il apparaît certes que l'intéressée ne dispose d'aucune formation professionnelle, tandis que son extrait de compte individuel AVS montre qu'elle a toujours travaillé pour le même employeur en Suisse. Toutefois, les limitations fonctionnelles attestées médicalement autorisent un large éventail d'activités qui ne nécessitent pas de formation particulière. La longue durée de son engagement auprès de son unique employeur en Suisse compense en outre l'absence d'autre expérience professionnelle. Enfin, le taux d'activité exigible reste suffisamment élevé pour ne pas constituer un frein en soi. Il y a dès lors lieu de considérer qu'un changement de profession est exigible de la recourante.

**10.** Enfin, la recourante conteste le calcul du degré d'invalidité appliqué à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2018, en faisant valoir que le revenu avec invalidité doit tenir compte d'un abattement d'au moins 20 % sur le salaire statistique.

**a)** Selon la jurisprudence, pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait - au degré de la vraisemblance prépondérante - réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C\_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 6.2). 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).

**b)** 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 (OFS) dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 75 consid. 3b ; 124 V 321 consid. 3b/aa).

**aa)** 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 consid. 4.3.1).

**bb)** 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 d'appliquer une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75 consid. 4 et 5).

En effet, il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne. L'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question typique relevant du pouvoir d'appréciation, qui ne doit être revue que s'il a été exercé de manière contraire au droit, relevant de l'excès positif ou négatif de ce pouvoir d'appréciation ou d'un abus de celui-ci, notamment si des critères inappropriés ont été retenus, si des circonstances pertinentes n'ont pas été prises en compte, si un examen complet des circonstances n'a pas été fait ou s'il n'a pas été fait usage de critères objectifs (TF 9C\_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 4.1).

**cc)** La jurisprudence considère cependant que, dans l'ESS, le niveau de qualification correspondant aux activités simples et répétitives dans les secteurs de la production et des services recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation

particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes. En conséquence, il s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers, de sorte que ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce que les intéressés seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides (cf. TF 9C\_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.3 et les références citées ; TFA I 339/02 du 2 avril 2003 consid. 4.3.3). Par ailleurs, est seule déterminante la question de savoir dans quelle mesure la capacité de gain résiduelle de l'assuré peut être exploitée économiquement sur le marché du travail équilibré entrant en considération pour lui. Il n'y a pas lieu d'examiner si l'assuré peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TFA I 339/02 du 2 avril 2003 consid. 4.3.3).

**c)** Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, être prises en compte (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références citées ; TF 9C\_104/2009 du 31 décembre 2009 consid. 5.2).

**11. a)** En l'espèce, le droit à la rente est ouvert dès le 1<sup>er</sup> septembre 2016 et l'octroi d'une rente entière jusqu'au 31 octobre 2018, exception faite de la suspension consécutive au versement d'indemnités journalières, n'est pas sujet à contestation. L'amélioration de la capacité de travail du 21 novembre 2016 au 23 mars 2017 n'aura en effet pas été durable.

Ensuite, pour calculer le degré d'invalidité à compter de l'amélioration constatée en juillet 2018, l'intimé a déterminé le revenu

sans atteinte à la santé en se fondant sur le salaire indiqué sur le formulaire rempli par l'employeur le 25 février 2016, soit (3587.05 x 13 =) 46'631 fr. 65, omettant toutefois son indexation, en l'occurrence de 0,4 % en 2017 et 0,5% en 2018 (Indice des salaires nominaux, femmes, 2016-2019, T1.2.15, OFS). Rapporté à un taux d'activité de 100 %, le revenu à prendre en considération s'élève ainsi à 65'350 fr. 40 (47'052 fr.27/72X100).

**b)** En ce qui concerne le revenu avec l'atteinte à la santé, l'intimé s'est référé au salaire mensuel brut de référence ressortant des données statistiques ESS de l'année 2016, soit 4363 fr. pour un emploi à plein temps et 40 heures de travail par semaine (ESS 2016, TA1\_skill\_level, niveau de compétence 1 [correspondant aux tâches physiques ou manuelles simples]). Selon la jurisprudence (ATF 143 V 295 consid. 2.3), il convient cependant de se référer au revenu issu des données statistiques ESS les plus récentes, savoir 4'371 fr. en 2018. Ce montant rapporté à la durée normale du travail hebdomadaire dans les entreprises de 41.7 heures en 2018 (Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, publiée par l'OFS), s'élève à 54'681 fr.21 par an. Rapporté au taux exigible de 75 %, le revenu statistique à prendre en compte est de 41'010 fr.91 par an.

**c)** L'intimé a appliqué une réduction supplémentaire de 10 % sur le revenu statistique afin de tenir compte de l'âge et des années de service de la recourante, en ce sens qu'un changement d'employeur et de métier est généralement plus difficile pour les personnes âgées de plus de 50 ans et celles qui n'ont pas déjà expérimenté de tels changements dans leur carrière. La prise en compte de ces deux éléments est correcte.

La recourante soutient qu'un abattement supplémentaire se justifie pour tenir compte des limitations fonctionnelles reconnues par le Dr G.\_\_\_\_\_. En l'occurrence, les limitations d'ordre physique sont compatibles avec celles que la jurisprudence englobe dans le niveau de compétence 1 de l'ESS. Il ressort en effet du rapport d'examen du Dr G.\_\_\_\_\_ que l'activité préconisée doit permettre une alternance des

positions et ne pas comprendre de mouvements répétés en flexion-extension du tronc, de porte-à-faux prolongé ou de port de charge répété de plus de 5 kg, soit une activité légère à caractère principalement sédentaire offrant la liberté de changer de position. Ces limitations ne sont pas telles qu'elles entraveraient la capacité de gain de la recourante sur un marché du travail équilibré dans le niveau de compétence précité. Quant à la recommandation d'une pause plus importante en milieu de journée pour permettre à la recourante de soulager son dos, elle est déjà comprise dans la réduction de la capacité de travail de 25% et ne saurait être prise en considération une seconde fois en tant que facteur d'abattement sur le salaire statistique (TF 9C\_677/2012 du 3 juillet 2013 consid. 2.2). En conséquence, un abattement plus important ne se justifie pas. Pour le surplus, les griefs de la recourante se rapportent à la situation concrète du marché du travail et non aux possibilités existantes dans un marché du travail équilibré, qui sont seules déterminantes en matière d'assurance-invalidité. Il en va de même des remarques soulevées par la Dre M. \_\_\_\_\_ dans son courrier du 12 avril 2019.

Dès lors, il apparaît que le revenu avec invalidité déterminant pour le calcul du degré d'invalidité s'élève à 36'909 fr. 82. Comparé au revenu sans invalidité, on constate que le préjudice économique pour la part active est de 28'440 fr. 58, soit 43,52 %.

**d)** Pour déterminer le taux final d'invalidité de la recourante, il y a lieu de rapporter le taux d'empêchement dans les activités habituelles et le préjudice économique dans la part active selon leur proportion réelle et de les additionner.

En l'occurrence, pour les activités habituelles, l'empêchement est de  $(28 \% \times 24 \% =) 6.72 \%$  ; pour la part active, ce taux s'élève à  $(72 \% \times 43,52 \% =) 31,33 \%$ . Le taux final d'invalidité est dès lors de  $(6.72 + 31.33 =) 38,05 \%$ , pourcentage qui n'ouvre pas le droit à une rente

**12. a)** En définitive, le recours doit être rejeté.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 fr. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 11 mai 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Rébecca Grand (pour Q. \_\_\_\_\_),
- 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 :