

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} novembre 2022

Composition : M. PIGUET, président
M. Métral et Mme Durussel, juges
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

B._____, à Aigle, recourante, représentée par Me Aba Neeman, avocat à Monthey,

et

Y._____, à Vevey, intimé.

Art. 4, 28 LAI ; 7, 16, 17 LPGA ; 88a al. 1 RAI.

E n f a i t :

A. a) B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le 25 septembre 1965, originaire de Bosnie, travaillait comme femme de ménage pour le compte de F._____ (ci-après : l'employeur ou la SHMS) à Leysin depuis 2006. Le 14 novembre 2018, elle s'est blessée au dos après qu'un chariot de linge s'est renversé et l'a entraîné dans sa chute. Elle a déclaré le sinistre à l'assurance-accidents qui a alloué des prestations (indemnités journalières et traitements médicaux) jusqu'au 14 mai 2019 (décision de T._____ du 7 août 2019).

b) Dans l'intervalle, l'assurée a déposé le 29 avril 2019 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), après avoir été invitée par l'assureur-accidents à déposer une telle demande.

Par communication du 21 juin 2019, l'OAI a octroyé à l'assurée une mesure d'intervention précoce auprès du cabinet [...], comprenant trois modules, à savoir un entretien d'évaluation, un bilan de compétences et une préparation à l'emploi, avec des stages. L'assurée a participé aux deux premiers modules mais pas au dernier car elle n'a pas souhaité effectuer de stage dans l'immédiat, craignant pour son état de santé. La coach professionnelle en charge de la mesure a relevé que l'assurée ne possédait pas de réel potentiel de réinsertion actuellement, car elle restait focalisée sur ses problèmes de santé et passive lorsque la question de sa carrière professionnelle était abordée (cf. rapport du 11 septembre 2018 de L._____). La coach a indiqué que les pistes suivantes pouvaient être envisagées pour la réinsertion professionnelle de l'assurée : production légère, caissière ou employée de cafétéria.

Dans une nouvelle communication du 10 octobre 2019, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place d'autres mesures d'intervention précoce ou de réadaptation d'ordre professionnel et qu'il poursuivait l'instruction de la demande de prestations.

Par rapport à l'OAI du 22 octobre 2019, le Dr V._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de sciatalgies gauches sur compression par une hernie discale L4-L5 paramédiane gauche depuis le 14 novembre 2018. Il a précisé que le traitement actuel consistait en la prise d'anti-inflammatoires, ajoutant que l'assurée faisait preuve d'une bonne compliance thérapeutique et que les limitations fonctionnelles à prendre en compte étaient une limite du port de charges ainsi qu'éviter les positions assises et debout prolongées. Le médecin a encore précisé que depuis l'accident, la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle était de 0 % et qu'elle serait de 100 % dans une activité adaptée dès le 1^{er} novembre 2019. Le Dr V._____ a joint à son envoi à l'OAI les rapports médicaux suivants qui lui avaient été adressés par différents médecins du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV) que l'assurée avait consultés :

- Un rapport du 21 novembre 2018 de la Dresse M._____, médecin assistante auprès du Service des Urgences du CHUV, exposant que l'assurée avait présenté le 14 novembre 2018 des lombalgies importantes après avoir effectué un faux mouvement alors qu'elle portait un poids lourd. Par la suite, les douleurs s'étaient aggravées progressivement, avec une irradiation sur le territoire de L5 à gauche. Les douleurs étaient devenues invalidantes avec une impossibilité de marcher. La Dresse M._____ relevait qu'une IRM lombaire effectuée à la demande du médecin traitant le 20 novembre 2018 avait notamment mis en évidence une volumineuse hernie discale en L4-L5 paramédiane gauche et qu'un traitement d'antalgiques et de repos avait été prescrit à l'assurée.
- Un rapport du 11 janvier 2019 du Dr G._____, médecin assistant à la consultation de médecine générale de la Policlinique médicale universitaire (ci-après : PMU), relevant que les douleurs avaient nettement régressé sous traitement médicamenteux, de sorte qu'il avait été proposé à l'assurée de poursuivre le traitement par des séances de physiothérapie, avec des antalgiques en réserve. Le Dr G._____ exposait que l'assurée avait dès lors commencé la physiothérapie le 8 janvier 2019, mais avait à nouveau présenté dès le lendemain des sciatalgies gauches partant de la fesse et irradiant

dans le membre inférieur gauche d'apparition brutale et de caractère continu, ce qui l'avait amenée à consulter la PMU. Le Dr G. _____ proposait de renforcer l'antalgie et avait prescrit un arrêt de travail pendant une semaine ainsi qu'un contrôle chez le médecin traitant. Il suggérait également qu'une consultation à l'unité de chirurgie spinale soit agendée.

- Un rapport du 14 mars 2019 du Dr R. _____, spécialiste en neurochirurgie, du Département de chirurgie spinale du CHUV, qui relevait que l'évolution était favorable, la patiente ne rapportant pas de sciatique le jour de la consultation. Elle avait toutefois encore des douleurs lombaires. Le médecin avait prolongé l'arrêt de travail pour un mois afin que l'assurée puisse récupérer au mieux. Il relevait qu'elle avait bénéficié de séances de physiokinésithérapie avec un bon résultat.

A la demande de l'OAI, l'assureur-accidents a produit son dossier concernant l'assurée les 26 novembre et 31 décembre 2019.

Dans un rapport du 30 mars 2020, le Dr H. _____, spécialiste en rhumatologie, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a apprécié la situation de la manière suivante :

L'assurée a présenté un épisode de lombosciatalgies G [gauche] aiguës, irritatives, non déficitaires dans un contexte de hernie discale L4-5. L'évolution a été favorable sous traitement conservateur avec disparition des signes de compression radiculaire, persistance de lombalgies basses. Il persiste une fragilité lombaire au vu de troubles dégénératifs étagés ; l'assurée a des discopathies étagées de L3-L4 à L5-S1 avec une discarthrose à l'étage L3-L4. En cas de remise en situation dans un poste ne ménageant pas le rachis lombaire, la situation est à fort risque de se péjorer. Nous nous alignons sur l'avis du médecin traitant quant à l'incapacité de travail totale persistante dans l'activité habituelle de femme de ménage considérée comme physiquement modérément contraignante. Comme le Dr V. _____, médecin traitant, nous retenons l'exigibilité complète dans une activité adaptée. Nous n'avons pas d'explications dans le dossier sur la date d'exigibilité du 1.11.2019, retenue par le Dr V. _____, nous retenons la durée d'incapacité de travail retenue par le Dr ***** (consultation de chirurgie spinale au CHUV) c'est-à-dire 1 mois après la consultation du 11.02.2019, ce qui nous amène au 11.03.2019.

Par projet de décision du 23 avril 2020, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui refuser le droit à une rente d'invalidité dès lors qu'elle ne subissait pas de préjudice économique en raison de son état de santé car elle était en mesure de retrouver une capacité de gain au moins équivalente à celle qui serait la sienne sans invalidité. L'OAI a en particulier retenu que l'assurée avait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de station debout/assise prolongée au-delà de 45 minutes, pas de port de charges répété au-delà de 5 kg) dès le 11 mars 2019. Comme exemples d'activités adaptées, l'OAI a indiqué qu'elle pourrait exercer une activité simple et répétitive dans le domaine industriel léger par exemple le montage, le contrôle d'un processus de production ou comme ouvrière à l'établi dans des activités légères ou dans le conditionnement.

Par communication du même jour, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'elle avait le droit à une mesure d'aide au placement (art. 18 LAI).

L'assurée s'est opposée au projet de décision par courrier du 8 mai 2020, faisant valoir qu'elle souffrait de séquelles physiques et psychiques dues à son accident. Elle a invoqué qu'elle avait effectué un stage à la [...] dans le cadre de mesures mises en œuvre par la fondation IPT, mais que l'activité de caissière et la position statique assise lui avaient rapidement occasionné des douleurs au dos. Elle a d'ailleurs rappelé que la position statique assise durant une longue période était contre-indiquée selon le certificat de son médecin traitant du 15 octobre 2019.

L'assurée a produit un certificat médical du 20 mai 2020 du Dr V. _____ indiquant que celle-ci présentait des lombosciatalgies gauches qui étaient accentuées par la position debout et assise prolongée ainsi que le port de charges et que les antalgiques usuels ne la soulageaient pas. Il a encore précisé que l'assurée avait entrepris un suivi psychiatrique.

Dans un rapport du 26 mai 2020 à l'OAI, le Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et la psychologue *****, auprès desquels l'assurée avait débuté un traitement psychothérapeutique le 26 novembre 2019, ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F 62.0), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F 33.0) et de troubles de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F 43.22). Il était en outre constaté ce qui suit :

Madame B._____ est une patiente de 54 ans, faisant son âge biologique. La tenue vestimentaire et l'hygiène sont dans la norme. Durant les entretiens, Madame est orientée dans le temps, dans l'espace et dans sa situation.

Madame est lucide. Il n'y a pas de trouble du cours et du contenu de la pensée. Sur le plan affectif, il n'y a pas d'idées noires mais une très grande souffrance due à ses problèmes somatiques. Madame a du mal à les accepter. Elle se sent inutile, dévalorisée. Pour elle, une femme doit être forte et travailler.

Elle met au premier plan sa tristesse, ses angoisses et ses douleurs physiques depuis la découverte de ses hernies discales.

Cependant, quand nous revenons sur son histoire dans son pays d'origine, Madame est en grande difficulté. Elle présente des difficultés à verbaliser ses émotions et restituer son vécu suite à la guerre et au décès tragique de son mari. Elle n'arrive pas à restituer un discours cohérent sur son parcours migratoire. En effet, Madame évoque des souvenirs flous car elle a oublié certains fragments de son histoire. Elle essaie de banaliser son vécu mais évoque des troubles du sommeil avec des réveils nocturnes dus aux cauchemars qu'elle fait depuis des années. Elle se sent menacée en permanence et dit ne pas pouvoir parler dans d'autres espaces que celui-ci pour ne pas inquiéter son entourage.

Madame décrit des reviviscences et de véritables flashbacks envahissant depuis de longues dates.

On note la présence d'une autodépréciation et un pessimisme face à l'avenir.

Elle rapporte la notion de troubles du sommeil avec des réveils nocturnes et des difficultés à respirer. Elle parle de ses difficultés, d'angoisses importantes, elle s'exprime en disant qu'elle a tout le temps la tension haute à cause du stress et de la douleur.

Elle se décrit perdue, très triste et dit ne pas voir de sens à sa vie. Elle dit pleurer régulièrement. Elle décrit des pensées négatives envahissantes.

Elle souffre d'hypervigilance, avec des difficultés à se concentrer et à mener à terme ses activités, de nervosité, d'une grande irritabilité. Elle relate un sentiment de détachement, elle décrit des crises d'angoisse, surtout pendant le sommeil. Elle a un sentiment d'incapacité à faire

face aux tâches de la vie quotidienne et à faire des projets. Elle n'arrive même pas à supporter la situation actuelle.

Elle n'a pour objet actuel que sa situation physique et la gestion de la douleur.

On note une symptomatologie typique d'un état de stress post-traumatique qui s'est chronicisé durant de nombreuses années et a entraîné une modification durable de la personnalité.

- Des reviviscences persistantes malgré les longues années déjà passées, avec des souvenirs répétitifs et envahissants de l'évènement comme des cauchemars, flashbacks et une détresse psychologique lors de l'exposition à des stimuli associés à l'évènement traumatique.
- De l'évitement des souvenirs, pensées et sentiments liés au traumatisme et à des situations rappelant ce dernier.
- Des altérations cognitives et émotionnelles avec incapacité à se rappeler un aspect important de l'évènement traumatique.
- Croyances négatives persistantes et exagérées au sujet de soi, des autres et du monde avec une tendance à se blâmer avec des émotions négatives importantes (peur, horreur, colère, culpabilité, honte, etc.).

Diminution de l'intérêt pour toutes les activités avec un sentiment de détachement d'autrui et restrictions des émotions positives.

Une hyperactivation du système nerveux avec irritabilité, hypervigilance, sursauts et troubles du sommeil.

De l'anamnèse de la patiente, on remarque que les symptômes ont débuté il y a longtemps avec les traumatismes et de deuils non élaborés qui durent depuis plusieurs années.

Pour Madame B._____, le passage du temps n'a pas amené de rétablissement, même avec un suivi psychothérapeutique.

La patiente a développé une dépression avec un trouble panique et des problèmes de santé.

Sachant que le taux de rémission ou de rétablissement diminue radicalement une fois que l'état de stress post-traumatique devient chronique. Le taux de rémission dans ces cas et après cinq ans se limite à 18 %. L'évolution chronique est dommageable et souvent jumelée à diverses complications (dépression, dépendance jusqu'au changement durable de personnalité).

Le Dr Z._____ a recommandé la poursuite de la psychothérapie et la prise de médicaments. Il a indiqué que l'assurée ne pouvait pas exercer d'activité professionnelle ni à temps plein ni à temps partiel et a relevé la présence de limitations fonctionnelles psychiques.

Selon un rapport du 27 juillet 2020, l'OAI a mis fin à la mesure d'aide au placement, à la suite de la renonciation de l'assurée.

Dans un avis médical du 13 octobre 2020, la Dresse Y._____, médecin au SMR, a estimé que la présence d'un stress post-traumatique et/ou d'une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe et le tableau de syndrome de stress post-traumatique intense décrit par le psychiatre paraissaient peu compatibles avec le fait que l'assurée avait été en mesure de s'intégrer linguistiquement et professionnellement en Suisse. A cela s'ajoutait que l'assurée se décrivait comme une personne battante et active et qu'elle avait élevé seule ses deux enfants, après le décès subi de son mari en 1994. La Dresse Y._____ ajoutait qu'un trouble de l'adaptation ne pouvait pas être retenu en même temps qu'un trouble de l'humeur (F30-F3) et que la présence d'un trouble dépressif récurrent n'était pas évidente, en l'absence d'épisodes antérieurs médicalement avérés. Vu ces doutes, la Dresse Y._____ estimait nécessaire d'obtenir des précisions auprès des Drs Z._____ et V._____ et leur a fait parvenir des questions complémentaires.

A la demande du SMR, le Dr Z._____ et la psychologue ***** ont précisé, dans un rapport du 5 novembre 2020, que l'évolution de l'état de santé de leur patiente au plan strictement psychiatrique était positive, que ses symptômes étaient amoindris et que son état tendait à se stabiliser. Ils ajoutaient néanmoins que les difficultés de sommeil persistaient et que l'élaboration de son vécu traumatique pré-migratoire et migratoire était toujours compliqué mais qu'un travail était peut-être possible sur le long terme. Ils ont posé les mêmes diagnostics avec effet sur la capacité de travail que dans leur rapport précédent du 26 mai 2020 et précisé que, d'un point de vue strictement psychiatrique, ils retenaient une incapacité de travail depuis le 11 juin 2020. Ils ont indiqué que depuis lors l'incapacité de travail restait la même dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Ils ont ajouté que le traitement consistait toujours en une psychothérapie à un rythme hebdomadaire. Sur question du SMR qui leur demandait d'étayer le trouble dépressif récurrent, ils ont indiqué que leur patiente avait décrit plusieurs épisodes dépressifs pendant et depuis la guerre, la mort de son mari et le parcours migratoire et post-migratoire, ainsi que de dépression

post-partum, mais que ces épisodes n'avaient pas été pris en charge. A la question de savoir quelle était l'incidence du diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0), sachant que l'assurée avait été capable d'avoir une activité professionnelle de 2003 à 2018, les spécialistes ont répondu qu'il y avait une incidence fonctionnelle, en renvoyant aux limitations fonctionnelles qu'ils avaient posées dans leur précédent rapport. A cet égard, ils ont précisé qu'un état de stress post-traumatique ne se déclarait pas forcément le jour même du trauma mais pouvait se déclarer des années plus tard en raison d'un évènement qui pouvait paraître anodin mais qui réactualisait chez le patient des traumatismes complexes. Il n'était donc pas surprenant de rencontrer des personnes qui paraissaient avoir réussi à surmonter différents traumatismes mais qui en raison d'un nouvel évènement présentent un tableau clinique de F 62.0, surtout si le traumatisme n'avait pas été pris en charge, ce qui était le cas pour Mme B._____. A la question de savoir quelle était la journée-type de l'assurée et quelle était la répercussion de l'atteinte à la santé dans les domaines courants de la vie, ils ont indiqué ce qui suit :

Madame se lève, essaye de faire son ménage. Elle s'oblige à marcher trente minutes par jour comme le lui a prescrit son médecin traitant pour son dos, puis rentre chez elle.

Le ménage se fait en fonction de son état. Elle n'a pas de loisirs. Elle a des activités sociales mais a du mal à les maintenir. Madame a du mal à structurer ses journées et nous y travaillons.

Par rapport complémentaire du 13 octobre 2020, le Dr V._____ a indiqué que l'état de santé de sa patiente était stationnaire, que sa patiente présentait toujours des lombalgies, qu'elle était incapable de travailler dans son activité habituelle et qu'il était difficile de se prononcer sur la question d'une capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, en raison de la persistance des lombalgies. Les limitations fonctionnelles étaient les mêmes que celles indiquées dans son rapport du 22 octobre 2019, soit des limitations en positions debout et assise prolongées et concernant le port de charge.

Par avis médical du 4 décembre 2020, la Dresse Y._____ a estimé que les rapports complémentaires demandés aux médecins

traitants ne permettaient pas de se prononcer sur la capacité de travail résiduelle de l'intéressée. Elle a relevé que certains éléments suggéraient une atteinte de faible gravité, car seuls des antalgiques de pallier un étaient prescrits et l'assurée ne prenait pas de médicaments psychopharmacologiques. Elle a relevé que dans leurs réponses aux questions spécifiques du SMR, les médecins ne se prononçaient pas sur la capacité de travail résiduelle et que le Dr Z._____ éludait plusieurs questions. La Dresse Y._____ a donc préconisé la mise en oeuvre d'une évaluation bidisciplinaire rhumato-psychiatrique.

L'OAI a dès lors organisé un examen clinique, rhumatologique et psychiatrique, au SMR, qui a été réalisé le 26 mai 2021 par les Drs X._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie et W._____, spécialiste en psychiatrie. Dans leur rapport du 21 juin 2021, ces médecins ont posé les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail de lombosciatalgies gauche dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis et de troubles dégénératifs du rachis lombaire avec hernie discale L4-L5 gauche, léger spondylolisthésis L5/S1 sur lyse isthmique L5 droite et probablement gauche ainsi qu'hernie discale L3-L4 à droite.

Au vu de ces atteintes, le rhumatologue a retenu des limitations fonctionnelles au plan physique, à savoir la nécessité de pouvoir alterner une à deux fois par heure la position assise et debout, pas de soulèvement ou de port régulier de charges excédant 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc et pas d'exposition à des vibrations. Vu ces limitations fonctionnelles, le Dr X._____ a indiqué que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle de femme de ménage qui ne respectait pas bien ces limitations. Une incapacité de travail de 20 % dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles subsistait au vu de la volumineuse hernie discale L4-L5 gauche, du léger spondylolisthésis L5 sur S1 et de la composante herniaire L3-L4 latéralisée à droite se prolongeant au niveau foraminaux, ainsi que de l'hypoesthésie tactile de la face externe de la jambe et du pied gauches. Une incapacité de travail supérieure à 20 % dans une

activité adaptée n'était pas retenue, notamment au vu de la bonne tolérance à la position assise en cours d'entretien. Il était précisé en définitive que l'incapacité de travail était restée totale dans l'activité habituelle de femme de ménage depuis le 4 juin 2019 et que la capacité de travail était nulle dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire du 14 novembre 2018 au 14 mai 2019, date où l'assureur-accidents avait mis fin à ses prestations. L'incapacité de travail dans une activité adaptée était donc de 20 % depuis le 14 mai 2019.

Au plan psychiatrique, le Dr W._____ a posé les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de trouble panique et d'anxiété généralisée, tous deux en rémission. Il a indiqué, en s'appuyant sur les indications de l'assurée et l'anamnèse, que le trouble panique avait débuté au début de l'année 2019 et qu'avec le suivi psychothérapeutique, les crises avaient diminué en fréquence et en intensité pour finalement disparaître à la fin de l'année 2020 voire au début de l'année 2021. A l'appui du diagnostic d'anxiété généralisée en rémission, le Dr W._____ a exposé que courant 2019 les crises d'angoisse aiguës s'étaient développées dans une situation de tension motrice et de nervosité de plus en plus importantes. Avec la psychothérapie, les symptômes avaient progressivement disparu au courant de l'année 2020 pour disparaître totalement en janvier 2021. Actuellement, il n'y avait plus ni crises d'angoisse aiguës, ni trouble anxieux. Au plan psychiatrique, le Dr W._____ retenait une incapacité de travail de 50 % du 26 novembre 2019 jusqu'à fin décembre 2021 puis de 0 % dès janvier 2021. A la différence du psychiatre traitant, le Dr W._____ ne retenait pas les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0), de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22), de modification durable de la personnalité après un évènement traumatique (F62.0) ou encore de stress post-traumatique (F43.1).

Par projet de décision du 29 juin 2021 annulant et remplaçant le projet du 23 avril 2020, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui

refuser le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité, compte tenu d'un préjudice économique évalué à 8 %.

L'assurée s'est opposée à ce nouveau projet de décision par acte de son avocat du 27 août 2021. Elle a critiqué le taux d'invalidité retenu par les médecins du SMR. Au plan psychique, elle considérait qu'il fallait procéder à un nouvel examen dès lors qu'il manquait des éléments objectifs pour établir la période de rémission, ajoutant qu'à tout le moins une incapacité de travail de 10 % devait être retenue au vu du rapport médical du Dr Z._____ du 26 mai 2020. Selon elle, une incapacité de travail de 50 % devait être retenue au total (soit 40 % au plan rhumatologique et 10 % au plan psychiatrique), ce qui lui donnait le droit à une rente et à des mesures professionnelles. Elle considérait qu'à tout le moins un examen complémentaire devait être organisé pour déterminer son incapacité de travail au plan psychiatrique.

Par avis médical SMR du 13 septembre 2021, la Dresse Y._____ a considéré que les éléments mis en avant lors de la procédure d'audition ne permettaient ni de remettre en cause les conclusions du SMR ni ne suggéraient une aggravation de l'état de santé postérieure à l'examen réalisé au SMR.

Par décision du 14 septembre 2021, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles.

B. Par acte du 18 octobre 2021, B._____, représentée par Me Aba Neeman, avocat à Monthey, recourt contre la décision de l'OAI du 14 septembre 2021, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité et des mesures professionnelles lui soient octroyées, subsidiairement au renvoi du dossier pour nouvelle décision dans le sens des considérant et très subsidiairement, à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique et au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction. Au plan psychiatrique, elle reproche au SMR d'avoir retenu, malgré l'avis divergent de son psychiatre traitant, une incapacité pour motifs psychiatriques de 50 % dans toute activité pour la

période du 26 novembre 2019 au mois de janvier 2021 puis d'avoir justifié le recouvrement d'une capacité de travail de 100 % dès janvier 2021 par le seul fait qu'elle avait espacé son suivi psychiatrique à compter de cette date. Elle relève à cet égard que le SMR avait souligné que la date de l'amélioration de la capacité de travail était retenue « *en l'absence d'éléments objectifs concernant la période de rémission de l'assurée* ». Elle en déduit que l'autorité l'intimé n'était pas en possession d'informations suffisantes pour établir sa capacité de travail au plan psychiatrique. Elle est par ailleurs d'avis que l'OAI aurait dû retenir une incapacité de travail de 10 % au minimum pour motifs psychiatriques, vu le rapport du Dr Z._____ du 26 mai 2020. Au plan somatique, elle conteste avoir une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, estimant que les arguments des médecins du SMR à cet égard ne sont pas pertinents. Elle fait valoir qu'en raison de ses douleurs, du fait que son handicap ne lui permet pas d'accomplir de lourdes tâches ménagères et qu'elle est énormément soutenue par sa famille - ce fait démontrant qu'elle n'est pas totalement autonome -, une incapacité de travail de 40 % au moins devrait être retenue au plan physique. En définitive, elle est d'avis qu'une incapacité de travail de 50 % au minimum (10 % au plan psychiatrique et 40 % au plan rhumatologique) aurait dû être retenue par l'OAI. Elle critique par ailleurs la fixation de son revenu d'invalidé, estimant qu'un abattement de 15 % plutôt que de 5 % aurait dû être appliqué, en raison de son âge, des années de services et de l'absence de toute formation professionnelle. Il en découle, selon elle, que son taux d'invalidité s'élève à 48,5 % lui ouvrant le droit à une rente d'invalidité, ainsi qu'à des mesures professionnelles. Elle rappelle encore que d'après la jurisprudence, pour les assurés âgés de plus de 55 ans, les autorités doivent s'assurer que la personne est effectivement en mesure de se réadapter.

Dans sa réponse du 15 novembre 2021, l'OAI conclut au rejet du recours.

Dans sa réplique du 29 novembre 2021, B._____ maintient sa position.

E n d r o i t :

1. Déposé dans le délai de 30 jours suivant la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]), le recours a été déposé en temps utile et respecte les autres conditions de recevabilité prévues par la loi, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière au fond.

2. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles, singulièrement sur l'évaluation du taux d'invalidité à la base de ces prestations.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 14 septembre 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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 [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20] et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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) aa) La personne assurée a droit à une rente d'invalidité 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, si elle 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, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

bb) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

c) aa) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre

2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

bb) Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, par une diminution du degré d'invalidité, ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en oeuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation au sens de la loi (TF 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 et les références, in SVR 2011 IV n° 30 p. 86). La jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par voie de révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou de reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cette jurisprudence, qui est également applicable lorsque l'on statue sur la limitation ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente (ATF 145 V 209 consid. 5), ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut pas, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (TF 9C_211/2021 du 5 novembre 2021 consid. 3 ; 9C_283/2016 du 5 décembre 2016 consid. 6.2 ; 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3). Dans de telles situations, l'Office de l'assurance-invalidité doit vérifier

dans quelle mesure l'assuré a besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnelle, même si ce dernier a recouvré une capacité de travail et indépendamment du taux d'invalidité qui subsiste (TF 9C_211/2021 du 5 novembre 2021 consid. 3.1 et les arrêts cités). Des exceptions à ce principe ont déjà été admises lorsque la personne concernée avait maintenu une activité lucrative malgré le versement de la rente - de sorte qu'il n'existait pas une longue période d'éloignement professionnel - ou lorsqu'elle disposait d'une agilité et d'une flexibilité particulières et était bien intégrée dans l'environnement social (TF 9C_92/2016 du 29 juin 2016 consid. 5.1; 9C_183/2015 du 19 août 2015 consid. 5, in SVR 2015 IV n° 41 p. 139). Jusqu'à présent, la jurisprudence a laissé ouvert le point de savoir si la réalisation des critères (durée de 15 années d'allocation de la rente ou accomplissement de la 55^e année) doit être examinée par rapport au moment du prononcé de la décision de suppression de la rente ou à celui à partir duquel cette prestation a été supprimée (cf. ATF 145 V 209 consid. 5.4 ; 141 V 5 ; 138 V 457 ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 5.2).

d) aa) Pour 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).

bb) 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

4. En l'occurrence, afin d'évaluer la capacité de travail de la recourante, l'OAI s'est essentiellement fondé sur le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 21 juin 2021 (ci-après : rapport SMR du 21 juin 2021) des Drs X. _____ et W. _____, du SMR.

a) aa) Au plan physique, il ressort de ce rapport que la recourante a subi un claquement lombaire lors l'accident du 14 novembre 2018, à la suite de quoi elle été mise en arrêt de travail par son médecin traitant, qui a fait réaliser une IRM le 22 novembre 2018. Cette IRM a mis en évidence une volumineuse hernie discale médio-latérale gauche en L4-L5 luxée vers le bas et comprimant L5, ainsi qu'un léger spondylolisthesis L5/S1 sur lyse isthmique L5 droite et probablement gauche ainsi qu'une hernie discale L3-L4 à droite. Après un nouveau claquement lombaire en janvier 2019 qui a amené la recourante à consulter le CHUV en urgence, elle a finalement pu effectuer de la physiothérapie, ce qui, conjugué à la prise de médicaments, a permis l'amélioration des douleurs, sans toutefois une disparition complète de celles-ci. Il persistait par ailleurs encore des fourmillements permanents à la face externe de la jambe et du pied gauches.

Compte tenu des atteintes présentées, le Dr X._____ a indiqué que la recourante avait une incapacité de travail de 100 % depuis le 14 novembre 2018 dans l'activité habituelle et que celle-ci ne pourrait plus être exercée à l'avenir car, malgré l'amélioration de la symptomatologie douloureuse, des limitations fonctionnelles persistaient en lien avec les atteintes préexistantes (nécessité de pouvoir alterner une à deux fois par heure la position assise et debout ; pas de soulèvement ou de port régulier de charge d'un poids excédant 5 kg ; pas de travail en porte-à-faux prolongé du tronc ; pas d'exposition à des vibrations). Dans une activité adaptée à ces limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assurée était de 80 %, une incapacité de travail de 20 % devant être reconnue en raison des atteintes au rachis et des troubles de la sensibilité (hypoesthésie) à la jambe et au pied gauches qui persistaient. Le rhumatologue a fixé l'amélioration de la capacité de travail au plan physique au 14 mai 2019, date à laquelle l'assureur-accidents a mis fin à ses prestations.

Cela étant, il y a lieu de constater que le contexte et l'appréciation médicales au plan physique sont claires. L'évaluation du Dr X._____ repose par ailleurs sur une anamnèse complète, un examen clinique et prend en compte les plaintes de l'assurée. L'appréciation de la situation médicale est bien motivée en particulier s'agissant de l'ampleur de la capacité de travail dans une activité adaptée (80 %) et du début de celle-ci (14 mai 2019). Cette appréciation est au surplus corroborée par celle du Dr ***** du 14 mars 2019, lequel avait constaté à cette époque que l'évolution était favorable au plan rachidien.

bb) La recourante critique certains des éléments pris en compte par le Dr X._____ pour considérer que son incapacité de travail n'est pas plus élevée que 20 % dans une activité adaptée au plan physique. Elle reproche en particulier au rhumatologue d'avoir tenu compte du fait qu'elle avait eu une bonne tolérance à la position assise au cours de l'entretien, puisqu'elle était restée assise pendant une heure et quinze minutes sans gêne particulière. Elle conteste également le fait que le spécialiste ait pris en considération qu'elle était encore capable

d'effectuer certaines tâches ménagères (passer la serpillère, enlever la poussière, faire la lessive et la vaisselle, faire les repas), d'utiliser les transports publics, de se promener tous les jours pendant une demi-heure, de partir en vacances en voiture et d'avoir gardé une bonne intégration sociale. Elle considère qu'il est arbitraire de tenir compte de ces éléments pour fixer sa capacité de travail. Elle est d'avis que l'OAI aurait dû fixer son incapacité de travail à 40 % au moins au plan physique, compte tenu de ses douleurs.

Ces critiques ne sont pas justifiées. En effet, les éléments susmentionnés ne sont pas les seuls que le Dr X. _____ ait pris en compte, ce dernier s'étant en premier lieu fondé sur la situation médicale, les diagnostics, les douleurs et les limitations fonctionnelles pour déterminer la capacité de travail de la recourante. Le fait que celle-ci soit encore capable d'effectuer des tâches ménagères courantes, qu'elle ait supporté la position assise durant l'heure d'entretien avec le médecin et qu'elle ait des relations sociales ne sont pas décisifs à eux seuls, mais permettent de confirmer qu'elle dispose encore de bonnes ressources physiques malgré son atteinte rachidienne. Il s'agit donc, dans cette mesure, d'éléments pertinents pour évaluer sa capacité de travail. Quant à l'allégation de la recourante selon laquelle c'est une incapacité de travail de 40 % à tout le moins qui devrait être retenue, elle ne repose sur aucun élément objectif du dossier, en particulier sur aucune pièce médicale, de sorte qu'elle ne saurait être retenue.

cc) Quant à l'avis du Dr V. _____ exprimé dans son rapport du 22 octobre 2019, selon lequel sa patiente avait présenté une incapacité de travail de 100 % dans son activité habituelle du 14 novembre 2018 au 1^{er} novembre 2019, puis une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à compter de cette dernière date, il est peu étayé et ne peut donc pas être suivi. On peine en effet à comprendre sur quels éléments il se fonde pour fixer l'amélioration de la capacité de travail au 1^{er} novembre 2019.

b) Au plan psychiatrique, le Dr W._____ a indiqué, dans le rapport SMR du 21 juin 2021, que la recourante a présenté un trouble panique (F41.0) et une anxiété généralisée (F 41.1), actuellement en rémission. Il a exposé que ces atteintes avaient commencé en 2019 pour entraîner une incapacité de travail de 50 % dès le 29 novembre 2019, date à laquelle l'assurée avait débuté un suivi psychothérapeutique auprès du Dr Z._____ et de la psychologue *****. Le Dr W._____ a relevé que, grâce à ce suivi, les symptômes et les crises du registre anxieux avaient progressivement diminué au courant de l'année 2020 pour disparaître totalement en janvier 2021. Le Dr W._____ est dès lors d'avis que, depuis janvier 2021, le degré d'incapacité de travail est de 0 % et est resté inchangé jusqu'à la date de l'examen au SMR.

aa) Il y a d'abord lieu de constater que les diagnostics susmentionnés ont été posés par le Dr W._____ en référence à un système de classification reconnu, soit la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10), à la lumière des éléments cliniques qu'il a observés et en tenant compte de l'anamnèse (cf. rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique, pp. 15-16). S'agissant du trouble panique, le Dr W._____ a en effet exposé que la recourante avait commencé à présenter, en 2019, des crises débutant brutalement avec une sensation d'étouffement, la survenue de palpitations et la sensation d'avoir une « boule dans la gorge ». Craignant d'avoir un problème cardiaque, elle avait consulté son médecin généraliste. Les crises duraient d'abord quelques minutes mais s'étaient ensuite amplifiées tant en durée qu'en fréquence en 2019 pour devenir très intenses à la fin de cette année. Ceci avait poussé l'intéressée à consulter un psychiatre en novembre 2019. Avec le suivi psychothérapeutique, les crises avaient progressivement diminué dans le courant de l'année 2020 pour disparaître à la fin de l'année 2020/début de l'année 2021. A l'appui du diagnostic d'anxiété généralisée, le Dr W._____ a indiqué que les crises d'angoisse aiguës de l'intéressée s'étaient développées dans une situation de tension motrice et de nervosité de plus en plus importante, avec des sensations de tensions musculaires ou de palpitations récurrentes. Elle avait alors un sentiment

permanent de nervosité et d'irritation. Ce sentiment n'existait pas auparavant et avait cessé avec la fin de troubles anxieux aigus en fin d'année 2020. Le Dr W._____ a encore relevé que l'intéressée présentait une attente craintive centrée essentiellement sur ses enfants et des cauchemars pluri-hebdomadaires ne mettant pas en scène d'éléments traumatiques particuliers.

bb) Le Dr W._____ a par ailleurs expliqué de manière claire et convaincante pourquoi il s'écartait des diagnostics retenus par le psychiatre traitant, à savoir un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (CIM-10 : F33.0), un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22) et une modification durable de la personnalité après un évènement traumatique (F62.0).

S'agissant du premier diagnostic, le psychiatre du SMR a en effet relevé que les éléments recueillis à l'anamnèse ne montraient pas d'antécédents psychiatriques chez l'assurée avant le début des consultations chez son psychiatre traitant en 2019, en particulier d'éléments en faveur d'une dépression post-partum ou de trouble dépressif en lien avec des évènements migratoires (fuite en Allemagne en 1993 puis retour en Bosnie avec séjour dans un camp de réfugiés de 1998 à 2002). Le psychiatre du SMR a également exclu de manière convaincante un épisode dépressif isolé qui aurait commencé en 2019 pour régresser ensuite, hypothèse qu'il a examinée au vu du dossier de l'assurée et des indications du psychiatre traitant. A cet égard, il a expliqué qu'à l'anamnèse, l'assurée n'avait pas décrit de fatigabilité particulière en 2019 et a noté qu'elle avait conservé ses activités sociales (sauf restrictions liées à la pandémie). Quant aux symptômes de type dépressif mis en évidence par le psychiatre traitant dans son rapport du 26 mai 2020, à savoir des troubles de l'attention et de la concentration, des pensées négatives envahissantes et des troubles du sommeil de types réveils nocturnes et cauchemars, le Dr W._____ a expliqué qu'ils pouvaient être liés aux troubles anxieux importants présents chez l'assurée à cette époque. On ajoutera que les épisodes dépressifs passés retenus par le Dr Z._____ à l'appui du trouble dépressif récurrent, sont

évoqués de façon très générale dans son second rapport du 5 novembre 2020, en lien avec certains évènements de la vie de l'assurée (la guerre, la mort de son époux et le parcours migratoire). Le psychiatre traitant n'a toutefois pas décrit précisément et concrètement les symptômes qu'aurait présentés l'assurée durant ces évènements, notamment quant à leur type, leur durée et leur ampleur. En définitive, les éléments mis en évidence par le psychiatre traitant ne permettent pas de rendre plausible la présence chez l'assurée d'un trouble dépressif récurrent, ni un épisode dépressif léger au moment de l'établissement de ses rapports médicaux, et les explications du Dr W._____ rejetant un tel diagnostic sont convaincantes. Ces dernières doivent donc être suivies.

Le Dr W._____ a également expliqué de manière convaincante pour quels motifs il excluait la présence d'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive pourtant retenu par le Dr Z._____. Le psychiatre du SMR a en effet indiqué que pour pouvoir poser un tel diagnostic, il fallait que le tableau clinique associe à la fois des symptômes anxieux et dépressifs sans que leur sévérité ne permette de poser des diagnostics séparés. Or, en l'occurrence, le Dr W._____ avait exclu, de manière convaincante, comme on l'a vu, la présence de symptômes dépressifs indépendants des troubles anxieux au moment de son examen clinique, ainsi que pour le passé. De son côté, le Dr Z._____ a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive sans expliquer sur quels éléments concrets il se basait à cet égard.

Le Dr W._____ a encore exclu le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe en expliquant de manière motivée et convaincante pourquoi il s'écartait sur ce point également de l'avis du psychiatre traitant. Après avoir exposé qu'un tel diagnostic pouvait survenir après un état de stress post-traumatique, il a expliqué que même si les symptômes de stress post-traumatique retenus par le Dr Z._____, que lui-même n'avait observé ni lors de son examen clinique ni à l'anamnèse, étaient présents, il faudrait encore, pour établir une modification durable de la personnalité, que

soient établis une attitude hostile et méfiante envers le monde, un retrait social, un sentiment de vide ou de perte d'espoir, l'impression permanente d'être sur la brèche ou constamment menacée et un détachement émotionnel. Or, le Dr W. _____ n'observait pas de tels éléments chez l'assurée, et ajoutait qu'un tel diagnostic était incompatible avec la bonne intégration de cette dernière dès son arrivée en Suisse en 2002 et le fait qu'elle avait rempli ses obligations de mère de manière largement autonome, son mari étant décédé en 1994. On ajoutera que les critères susmentionnés permettant de retenir une modification durable de la personnalité ne ressortent pas non plus des rapports médicaux du Dr Z. _____ au sujet de l'assurée.

Enfin, le Dr P. _____ a expliqué de manière motivée, en se fondant sur son examen clinique et l'anamnèse, pourquoi il ne retenait pas le diagnostic d'état de stress post-traumatique évoqué dans le rapport du Dr Z. _____ du 26 mai 2020. A cet égard, il a indiqué qu'au moment de son examen de l'assurée, celle-ci ne présentait ni trouble du sommeil de type cauchemars ou scènes traumatiques, ni souvenir envahissant de type flashback, ou encore de conduite d'évitement particulière. Il a ajouté qu'il n'observait pas chez l'assurée d'émoussement émotionnel ou de détachement affectif. Pour ce qui était de la situation qui prévalait en 2019, le Dr W. _____ a indiqué que d'après les explications données par l'assurée, elle n'avait pas présenté de reviviscences de type flashbacks et que les cauchemars qu'elle faisait à l'époque ne concernaient que très partiellement des scènes de guerre. Elle n'avait pas non plus souffert d'états d'hypervigilance, de qui-vive ou d'hyperactivité neurovégétative. L'assurée n'exprimait pas d'évitement (refus de regarder des scènes de guerre à la télévision ou de parler de l'actualité de la guerre) et il n'y avait pas non plus d'idéation suicidaire, d'abus d'alcool ou d'abus de substance psycho-active. Pour sa part, le psychiatre traitant a dressé de manière générale la liste des symptômes de l'état de stress post-traumatique et indiqué que l'assurée présentait « une symptomatologie typique » d'une telle atteinte, sans expliciter en quoi la situation de la requérante était typique de cet état (par des exemples concrets). Ceci ne suffit pas à

mettre en doute l'appréciation convaincante du Dr W._____ présentée ci-dessus.

cc) S'agissant de la question de la capacité de travail au plan psychiatrique, le Dr W._____ l'a fixée à 50 % pour la période du 29 novembre 2019 au 31 décembre 2020, compte tenu du caractère relativement prononcé des symptômes du registre anxieux que présentait l'assurée à cette époque et qui l'ont poussée, en novembre 2019, à entamer une psychothérapie. A partir de janvier 2021, le Dr W._____ a retenu que l'incapacité de travail de l'intéressée était à nouveau de 0 % précisant qu'en « l'absence d'éléments objectifs concernant la période de rémission de l'assurée », il devait « se référer aux éléments recueillis à l'anamnèse et au fait que le suivi psychiatrique s'est espacé en janvier 2021 (selon l'assurée) pour considérer que la rémission a eu lieu à ce moment-là ». La recourante critique cette appréciation, estimant que l'autorité intimée n'était pas en possession d'informations suffisantes pour établir la capacité de travail au plan psychiatrique. Or, malgré la formulation quelque peu maladroitement employée par le psychiatre du SMR, il apparaît toutefois que ce dernier s'est fondé sur des éléments suffisamment objectifs pour considérer que la recourante avait retrouvé une pleine capacité de travail au plan psychique à compter du mois de janvier 2021. Il a en effet tenu compte du fait que les crises d'angoisse avaient quasiment disparu en décembre 2020 (rapport SMR p. 8 et 18), cet élément s'ajoutant à l'espacement du suivi psychiatrique dès janvier 2021 (l'assurée étant passée de consultations hebdomadaires à bimensuelles). On relèvera d'ailleurs que le psychiatre traitant a également indiqué dans son rapport du 5 novembre 2020 qu'au plan psychiatrique l'évolution était positive, sa patiente présentant des symptômes amoindris et son humeur tendant à se stabiliser, même si des difficultés de sommeil persistaient.

dd) En conclusion, l'évaluation de la capacité de travail au plan psychiatrique à laquelle a procédé le Dr W._____ est claire, convaincante et bien motivée, sans que l'avis divergeant du psychiatre traitant ne permette de la remettre en doute. Quant à l'opinion de la

recourante selon laquelle c'est une incapacité de travail de 10 % au moins que l'OAI aurait dû retenir au plan psychiatrique, elle est écartée dans la mesure où elle ne repose sur aucune pièce du dossier.

c) En définitive, les conclusions du SMR concernant la capacité de travail de la recourante, compte tenu de son état de santé pris dans sa globalité (plans physique et psychiatrique), doivent être suivies. Il est donc établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante a présenté une incapacité de travail de 100 % du 14 novembre 2018 au 14 mai 2019, de 20 % du 15 mai au 25 novembre 2019, de 50 % du 26 novembre 2019 au 31 décembre 2020 et de 20 % à partir du 1^{er} janvier 2021.

d) Il découle de ce qui précède que l'assurée a présenté une incapacité de travail moyenne de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable au sens de l'art. 28 al. 1, let. b, LAI qui a échu le 31 mars 2020 (44 jours d'incapacité de travail à 100 % pour la période antérieure au 15 mai 2019, 194 jours d'incapacité de travail à 20 % pour la période du 15 mai au 25 novembre 2019 et 127 jours d'incapacité de travail à 50 % dès le 26 novembre 2019 ; cf. Annexe II de la Circulaire sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance-invalidité [CIIAI, état au 1^{er} janvier 2021]). A l'issue de ce délai d'attente, elle présentait une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles physiques, jusqu'au 31 décembre 2020. Il y a donc lieu de calculer le taux d'invalidité pour cette période, respectivement pour la période à compter du 1^{er} janvier 2021, date à partir de laquelle la capacité de travail de l'intéressée s'élève à 80 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles physiques.

5. Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative, 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, art. 28a al. 1 LAI).

a) aa) 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 (cf. par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

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

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle

le droit éventuel à la rente prend naissance (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).

b) aa) En l'occurrence, pour calculer le revenu sans invalidité de l'assurée pour la période du 31 mars au 31 décembre 2020, respectivement pour la période courant dès le 1^{er} janvier 2021 (cf. supra consid. 4c), il faut se fonder, comme l'a fait à juste titre l'OAI, sur l'extrait de compte individuel de l'assurée, lequel fait état d'un revenu annuel de 45'600 francs pour l'année 2017 (voir également rapport de l'employeur du 5 juin 2019, dont il ressort que la recourante percevait un revenu mensuel brut de 3'800 francs depuis le 1^{er} février 2016). Ce montant doit être adapté à l'évolution des salaires nominaux, ce qui le porte à 46'610 fr. 40 en 2020 et à 46'512 fr. 20 en 2021 (cf. Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation, Office fédéral de la statistique, T39 ; la variation totale par rapport à l'année précédente était de 0,5 % en 2018, 0,9 % en 2019, 0,8 % en 2020 et de - 0,2 % en 2021).

bb) Afin de fixer le revenu d'invalidité de la recourante, il convient de se fonder sur les données de l'ESS, celle-ci n'ayant pas repris d'activité lucrative. Le revenu d'invalidité correspond à ce qu'elle pourrait toucher dans une activité simple et répétitive dans le domaine industriel léger ou dans la vente simple, comme ouvrière dans le conditionnement ou encore aide administrative, et s'élève à 4'276 francs par mois (salaire mensuel brut, valeur centrale, selon les branches économiques, le niveau de compétences et le sexe en 2020, TA1_tirage_skill_level, dans le secteur privé), soit 51'312 francs par année. Ce montant est porté à 53'493 fr. par année compte tenu du fait que la durée normale du travail dans les

entreprises s'élevait à 41,7 heures en 2020, soit 4'457 fr. 75 par mois. Il s'élève à 53'386 fr. 10 en 2021, pour tenir compte de l'évolution des salaires nominaux (- 0,2 % en 2021, cf. ci-dessus). En ce qui concerne le taux d'abattement applicable au revenu statistique, l'OAI n'a pas abusé de son pouvoir d'appréciation en appliquant un taux de 5 % afin de tenir compte de l'âge de la recourante. On ne saurait en effet reprocher à l'OAI de n'avoir pas pris en compte l'absence de formation professionnelle de la recourante, comme cette dernière le reproche à l'office. En effet, les activités adaptées qui sont à sa portée ne requièrent pas de formation professionnelle particulière. Ainsi, le fait qu'elle ne dispose pas de formation professionnelle spécifique n'est pas de nature à lui causer un désavantage salarial (cf. TF 9C_1047/2008 du 7 octobre 2009 consid. 3.4). Compte tenu de l'abattement, le revenu d'invalidé de la recourante s'élève donc à 50'818 fr. 35 (soit 53'493 fr. - 2'674 fr. 65) en 2020, ce qui le porte à 25'409 fr. 18 pour un taux d'activité de 50 %. En 2021, il est de 50'716 fr. 80 (soit 53'386 fr. 10 - 2'669 fr. 30), ce qui le porte à 40'573 fr. 44 pour un taux d'invalidité de 80 %.

cc) Aussi, le taux d'invalidité s'élève, pour la période du 31 mars au 31 décembre 2020, à 46 % ($[(46'610 \text{ fr. } 40 - 25'409 \text{ fr. } 18) / 46'610 \text{ fr. } 40] \times 100$) et à compter du 1^{er} janvier 2021, compte tenu de l'amélioration de l'état de santé au plan psychique et d'une capacité de travail exigible de 80 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles physiques, à 13 % ($[(46'512 \text{ fr. } 20 \text{ fr.} - 40'573 \text{ fr. } 44) / 46'512 \text{ fr. } 20] \times 100$).

dd) En définitive, la recourante a le droit à un quart de rente d'invalidité du 1^{er} mars 2020 (cf. art. 29 al. 3 LAI) au 31 mars 2021, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé au plan psychique (cf. art. 88a al. 1 RAI). Dès le 1^{er} avril 2021, son taux d'invalidité ne lui ouvre plus de droit à la rente.

6. a) En l'occurrence, il est constant que la recourante, laquelle est mise au bénéfice d'une rente limitée dans le temps du 1^{er} mars 2020 au 31 mars 2021 alors qu'elle est âgée de plus de 55 ans, appartient à la

catégorie d'assurés dont il convient de présumer qu'ils ne peuvent en principe pas entreprendre de leur propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'eux pour tirer profit de leur capacité de travail résiduelle.

b) Dans le cas d'espèce, la recourante a toutefois bénéficié d'une mesure d'intervention précoce en juin 2019, sous la forme d'une mesure de coaching professionnel auprès du cabinet [...]. Cette mesure comprenait trois modules à savoir un entretien d'évaluation, un bilan de compétences et une préparation à l'emploi, avec des stages. L'assurée a suivi les deux premiers modules. Dans son rapport du 11 septembre 2019, la coach a indiqué que les pistes à envisager pour la reconversion professionnelle de l'intéressée étaient un travail dans la production légère, de caissière ou d'employée de cafétéria.

c) On peut ainsi admettre que la question de la réinsertion professionnelle de l'intéressée a fait l'objet d'un examen concret suffisant, dans la mesure où les résultats de la mesure d'intervention précoce sont compatibles avec les limitations fonctionnelles mises en évidence sur le plan somatique, à tout le moins s'agissant d'activités dans la production légère ou d'employée de cafétéria. Il n'y a dès lors pas lieu de renvoyer le dossier à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sujet de la mise en œuvre de mesures de réadaptation professionnelle. On précisera à toutes fins utiles que la recourante peut faire appel à tout moment, si elle le souhaite, à une mesure d'aide au placement (art. 18 LAI), comme le lui a indiqué une collaboratrice de l'OAI lors de l'entretien du 27 juillet 2020.

7. a) Vu ce qui précède, le recours est partiellement admis, en ce sens que la recourante a le droit à un quart de rente d'invalidité du 1^{er} mars 2020 au 31 mars 2021.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à

600 fr. et de les mettre pour moitié à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud et pour moitié à la charge de la recourante, vu l'issue du litige (cf. art. 51 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). La recourante ayant toutefois été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, sa part est laissée à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. a CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD), étant précisé qu'elle est tenue au remboursement de l'assistance judiciaire dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 CPC).

c) La recourante, obtenant partiellement gain de cause avec l'aide d'un avocat en la personne de Me Neeman, a droit à des dépens réduits fixés à 1'500 francs, débours et TVA compris, à la charge de l'OAI (art. 61 let. g LPGA, art. 51 et 55 LPA-VD). Cette indemnité couvrant le montant de l'assistance judiciaire d'après la liste des opérations produite par Me Neeman le 4 avril 2022, il n'y a pas lieu de fixer plus précisément le montant auquel il aurait droit à ce titre.

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

I. Le recours est partiellement admis.

- II.** La décision rendue le 14 septembre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que B._____ a le droit à un quart de rente d'invalidité pour la période du 1^{er} mars 2020 au 31 mars 2021.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 (six cents) francs, sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat, par 300 (trois cents) francs, et mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, par 300 (trois cents) francs.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B._____ un montant de 1'500 (mille cinq cents) francs à titre d'indemnité de dépens réduits.
- V.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, tenue au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Neeman (pour B._____),
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'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 :