

# VD\_FINDINFO AI 128/21 - 348/2021 vom 15. November 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-11-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_128\\_21\\_-\\_348\\_2021](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_128_21_-_348_2021)

FR: VD\_FINDINFO AI 128/21 - 348/2021 du 15 novembre 2021

IT: VD\_FINDINFO AI 128/21 - 348/2021 del 15 novembre 2021

## Regeste

AI{ASSURANCE}, REJET DE LA DEMANDE, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, ENQUÊTE SUISSE SUR LA STRUCTURE DES SALAIRES{ESS}, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL | 28 al. 1 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA

## Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 15.11.2021 AI 128/21 - 348/2021

AI{ASSURANCE}, REJET DE LA DEMANDE, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, ENQUÊTE SUISSE SUR LA STRUCTURE DES SALAIRES{ESS}, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL | 28 al. 1 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 128/21 - 348/2021 ZD21.014305 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt

du 15 novembre 2021 \_\_\_\_\_ Composition : Mme Durussel , présidente Mme Röthenbacher, juge, et M. Bonard, assesseur Greffière : Mme Jeanneret \*\*\*\*\* Cause pendante entre : E. \_\_\_\_\_ , à [...], recourante, représentée par Me Pierre Ventura, av. à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 6, 7, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI E n f a i t : A. E. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], de nationalité [...], entrée en Suisse en [...] et titulaire d'une autorisation d'établissement (permis C), a travaillé dès septembre 2015 en tant que vendeuse en boulangerie à 100 %. Des arrêts de travail complet ou partiels ayant été délivrés dès septembre 2018 en raison de lombalgies, elle a perçu des indemnités journalières maladie de W. \_\_\_\_\_ SA. Les rapports de travail ont été résiliés pour le 30 septembre 2019 en raison de ses absences. Le 24 septembre 2019, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Le 8 octobre 2019, l'OAI a versé au dossier l'extrait du compte individuel AVS de l'assurée. L'employeur a complété le questionnaire concernant l'activité de l'assurée le 18 novembre 2019. Il ressort de ce document que l'assurée travaillait habituellement à temps complet, à raison de 42 heures par semaine ou 8 heures 24 par jour, dès le 1 er septembre 2015. En raison de son atteinte à la santé, elle avait travaillé à 50 %, à raison de 21 heures par semaine ou 4 heures 12 par jour, dès le 6 septembre 2018 avec une augmentation progressive, puis à nouveau à 50 % dès le 4 avril 2019. L'activité exercée incluait la mise en place des produits de boulangerie, s'assurer de la bonne présentation, de la propreté des locaux et du matériel, la vente des produits, l'accueil et le conseil des clients, le service des confections et la tenue de la caisse, ce qui impliquait, sur le plan physique, de rester debout le plus souvent, de marcher parfois et rarement d'être assis. Le port de charges

inférieures ou égales à 10 kg était parfois nécessaire, tandis que le port de charges plus lourdes était rare. Le revenu annuel de l'assurée était de 52'000 fr. depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2015. W. \_\_\_\_\_ SA a remis une copie de son dossier à l'OAI le 19 novembre 2019. Il contenait en particulier un rapport médical du 24 octobre 2018, dans lequel la Dre H. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitante de l'assurée, a posé le diagnostic de lombalgies non déficitaires et attesté une incapacité de travail de 50 % du 6 au 12 septembre 2018 puis du 15 octobre au 9 novembre 2018 et de 100 % du 12 septembre au 14 octobre 2018, en précisant que les limitations fonctionnelles étaient la station debout prolongée et le port de charges. Répondant le 25 novembre 2019 au questionnaire de détermination du statut soumis par l'OAI, l'assurée a indiqué que, sans l'atteinte à la santé, son taux d'activité serait de 100 % par nécessité financière. Le 17 janvier 2020, l'OAI a proposé à l'assurée une mesure d'intervention précoce sous la forme de modules externalisés auprès d'O. \_\_\_\_\_ dès le 3 février 2020, comprenant une évaluation, un bilan et une préparation à l'emploi. Le rapport final d'O. \_\_\_\_\_, remis à l'OAI le 20 août 2020, précise que l'accompagnement s'est déroulé à distance de mars à juin en raison de la pandémie de COVID-19. Il comprend une anamnèse reprenant l'évaluation des douleurs et limitations par l'assurée, un examen médical général, des examens portant plus précisément sur la colonne vertébrale, la mobilité et la force des membres supérieurs et inférieurs, des tests fonctionnels, de cohérence et de comportement face à la douleur et enfin un volet sur l'orientation professionnelle. L'assurée avait exposé qu'elle ressentait des douleurs quotidiennes au niveau lombaire, parfois avec des irradiations dans une des jambes, de manière aléatoire, ainsi que des douleurs survenant parfois au niveau des cervicales, non limitantes dans le quotidien. Ces douleurs l'obligeaient à faire attention à certains mouvements, notamment le port de charge et les mouvements répétitifs. Elle faisait par ailleurs état d'aucune limitation pour la marche en terrain non-accidenté, mais d'une limitation à 15 minutes dans la position debout statique, 60 minutes pour la position assise et 30 minutes pour la conduite d'une voiture automatique. Elle mentionnait en outre des troubles du sommeil. O. \_\_\_\_\_ a pour sa part émis les conclusions suivantes à l'issue des tests et examens médicaux : « • La candidate a accepté de faire les tests jusqu'au bout de ses limites. • A l'heure actuelle, l'évaluation de l'état de santé de Madame E. \_\_\_\_\_ met en évidence une incapacité à : o Effectuer des ports de charge répétitifs, notamment de plus de 7.5kg à l'horizontal et de plus de 2.5kg depuis le sol ou au-delà de la hauteur des épaules o Rester debout plus de 15 minutes ou de manière trop fréquente dans la journée · Madame E. \_\_\_\_\_ est actuellement capable de : o Soulever à l'horizontal avec 2 mains § Exceptionnellement : 12.5 kg § Occasionnellement : 10 kg § Régulièrement : 7.5 kg o Soulever du sol à la hauteur de la taille § Exceptionnellement : 5 kg § Occasionnellement : 2.5 kg § Régulièrement : moins de 2.5 kg o Soulever du bassin à la hauteur des épaules § Exceptionnellement : moins de 5 kg § Occasionnellement : 2.5 kg § Régulièrement : moins de 2.5 kg o Alternier les positions assise, debout et accroupie o Conduire une voiture automatique (30 minutes sans pause) o Travailler au-delà de la hauteur des épaules · Au vu de ces conclusions, nous ne voyons pas de contre-indication à la poursuite d'une mesure de réinsertion professionnelle dans un emploi adapté aux capacités de Madame E. \_\_\_\_\_. » Sur le plan de l'orientation professionnelle, O. \_\_\_\_\_ relevait que l'assurée possédait un parcours professionnel cohérent et consistant, avec de bonnes références dans le domaine du service, de la vente en tea-room et boulangerie, de bonnes aptitudes manuelles et une capacité à entreprendre des démarches de manière proactive. Les freins à la réinsertion étaient l'absence de formation diplômante initiale et sa situation de santé qui ne semblait

plus permettre de continuer à évoluer dans le même domaine d'activité. Les possibilités de réinsertion dans la vente ou dans un laboratoire de production en boulangerie ont été écartées en raison du port de charge. La piste d'auxiliaire de la petite enfance a été investiguée et l'assurée a effectué un stage dans ce domaine. Elle a toutefois constaté que l'activité n'était pas compatible avec son état de santé (position statique debout et sollicitation des enfants). Les pistes alternatives restant à investiguer étaient ouvrière de production ou indépendante dans la création artisanale. Le 24 août 2020, l'OAI a informé l'assurée du fait qu'il ne serait pas mis en place d'autre mesure d'intervention précoce et que les mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'étaient pas envisageables pour l'instant. Dans un rapport du 4 septembre 2020, la Dre H. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs au rachis. Les douleurs étaient quasi-permanentes au niveau lombaire, augmentées en cas d'effort ou de station debout prolongée. Il n'y avait pas de déficit sensitivo-moteur à l'examen clinique. Les limitations fonctionnelles étaient la station debout prolongée, le port de charges de plus de 5 kg, l'alternance des postures et la fatigabilité accrue. La capacité de travail dans l'activité habituelle était de 0 % depuis le 11 juillet 2019. Dans une activité adaptée, elle était en revanche de 80 à 100 %, étant précisé qu'il faudrait réévaluer cette capacité en raison de l'épuisement de la patiente induit par la chronicité du problème. Les incapacités de travail attestées précédemment étaient de 100 % du 22 au 24 mai 2018, 50 % du 6 au 12 septembre 2018, de 100 % du 12 septembre au 14 octobre 2018, de 50 % du 15 octobre au 9 novembre 2018, de 40 % du 10 novembre 2018 au 4 janvier 2019, de 20 % du 5 au 19 janvier 2019, de 50 % du 3 avril au 31 juillet 2019, puis de 100 % depuis le 10 juillet 2019 (sic). La Dre H. \_\_\_\_\_ a par ailleurs joint un rapport d'examen par IRM (imagerie par résonance magnétique) effectué le 24 septembre 2019, concluant à une discopathie dégénérative protrusive débutante L5-S1 et à une fissuration annulaire foraminale droite en L4-L5 avec petit débord discal mais sans contrainte radiculaire, ainsi que deux rapports établis par le Prof. S. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Le premier, du 29 mai 2019, concluait à des « lombalgies chroniques d'allure commune, sur rachis modérément dégénératif et terrain favorisant (troubles de la statique rachidienne, déconditionnement et dysbalance musculaire) ». Le second, du 20 septembre 2019, faisait état du déroulement d'une prise en charge rééducative interdisciplinaire ambulatoire du 2 au 20 septembre 2019, dans le cadre d'un programme de restauration fonctionnelle du rachis. La participation de l'assurée était jugée excellente et l'évolution pouvait être considérée comme favorable avec une amélioration des indices objectifs mesurés (souplesse et endurance) et l'intégration par la patiente des notions d'éducation thérapeutique enseignées. Le Prof. S. \_\_\_\_\_ a établi un nouveau rapport le 15 septembre 2020 à l'attention de l'OAI. Précisant qu'il n'y avait pas de suivi en cours, il a posé le diagnostic de lombalgie chronique depuis l'été 2018, actuellement stable. Il a mentionné que l'atteinte était accompagnée d'un déconditionnement, d'une raideur rachidienne et d'une kinésiophobie. L'assurée présentait une incapacité de travail de 100 % dans l'activité de vendeuse en boulangerie depuis juillet 2019. En revanche, la capacité de travail était entière dans un poste adapté, les limitations fonctionnelles étant la station debout et la station assise prolongées au-delà de 1 heure 30, ainsi que le porte de charges de plus de 5 kg de façon répétitive. Dans l'annexe relative aux travaux encore exigibles, le médecin a mentionné que l'assurée pouvait travailler dans des activités dans différentes positions et dans des activités exercées principalement en marchant avec une pause chaque heure, qu'elle pouvait également travailler avec les bras au-dessus de la tête et monter les escaliers, mais que sa résistance physique était limitée, ces

indications étant valables depuis l'été 2018. Le 18 novembre 2020, l'OAI a établi le calcul du salaire exigible. Retenant que l'assurée pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement, il s'est fondé sur le montant déterminé par l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2018, TA1, niveau de compétence 1, indexé à 2019 et adapté à la durée usuelle du travail de 41.7 heures par semaine. Il n'a retenu aucune réduction, les limitations fonctionnelles n'étant pas assez importantes pour réduire l'accès à un éventail d'activité suffisamment large et n'engendrant pas de désavantage salarial. Le salaire exigible avec l'invalidité (RI) s'élevait ainsi 54'954 fr. 62. Comparé au revenu avant l'atteinte à la santé (RS) de 52'000 fr., il n'y avait pas de préjudice économique. Le 20 novembre 2020, l'OAI a rendu un projet de décision de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité, constatant qu'à l'échéance du délai de carence, soit le 6 septembre 2019, l'assurée présentait une incapacité de travail et de gain totale dans son activité habituelle. En revanche, une capacité de travail de 100 % était raisonnablement exigible dans une activité adaptée à son état de santé, comprenant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de position debout prolongée, pas de position assise prolongée au-delà de 1 heure 30, pas de position en porte-à-faux et pas de port de charges répétitif de plus de 5 kg. Reprenant le calcul du 18 novembre 2020 précité, l'OAI concluait qu'en l'absence de préjudice économique, le droit à la rente devait être nié, de même que le droit aux mesures professionnelles. Par communication du même jour, l'OAI a informé l'assurée qu'elle remplissait les conditions pour une aide au placement. L'assurée, désormais représentée par Me Pierre Ventura, a formé opposition au projet de décision par écritures des 16 décembre 2020 et 4 février 2021. Se plaignant d'une instruction insuffisante, elle faisait valoir principalement que sa capacité de travail résiduelle avait été surévaluée, eu égard aux conclusions d'O.\_\_\_\_\_. La nécessité d'alterner les positions faisait partie des limitations fonctionnelles retenues par l'OAI, mais avait été sous-estimée (1 heure 30 au lieu de 60 minutes selon O.\_\_\_\_\_) et les activités retenues comme exigibles n'étaient pas adaptées à cet égard. L'assurée critiquait par ailleurs le calcul du préjudice économique, en ce sens qu'un abattement de 20 % aurait dû être appliqué en raison de sa nationalité, de l'absence de formation professionnelle et de sa faible faculté d'adaptation. Elle pointait ensuite des contradictions dans les rapports des Drs H.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ quant à la date retenue pour le début de la capacité de travail dans l'activité adaptée. Enfin, elle signalait qu'elle était actuellement suivie par une psychologue, de sorte qu'une expertise bi-disciplinaire était nécessaire. Par décision du 15 février 2021, reprenant l'argumentation développée dans son projet, l'OAI a refusé les mesures professionnelles et la rente d'invalidité. Dans un courrier séparé du même jour, il a exposé que les observations d'O.\_\_\_\_\_ se rapportaient à une courte durée d'observation et ne pouvaient donc définir la situation médicale de manière objective. Or, selon la Dre H.\_\_\_\_\_, une activité adaptée était exigible au taux de 80 à 100 %, tandis que le Prof. S.\_\_\_\_\_ retenait une capacité de travail de 100 % depuis l'été 2018 dans une activité adaptée et considérait que les lombalgies étaient stables, aucun traitement, examen complémentaire ou intervention chirurgicale n'étant prévu. L'assurée n'avait pas consulté d'autre spécialiste, ni fait l'objet d'autres investigations médicales. Les limitations fonctionnelles n'étaient pas assez importantes pour réduire l'accès à un éventail d'activités suffisamment large. L'âge, le manque de qualifications, le défaut de connaissances linguistiques, de même que les particularités comportementales de nature socioculturelle, ethnique ou familiale ainsi que

les difficultés émotionnelles causées en premier lieu par l'émigration, ne constituant pas des facteurs dont il doit être tenu compte pour la fixation du taux d'invalidité, aucun abattement ne se justifiait. B. Par acte du 22 mars 2021, toujours représentée par Me Pierre Ventura, E. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision du 15 février 2021 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du Valais, concluant principalement à la réforme de la décision, en ce sens qu'elle soit mise au bénéfice d'une rente d'invalidité, subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants, plus subsidiairement au constat qu'elle a droit à des mesures de réadaptation. Elle a par ailleurs requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire externe destinée à déterminer son taux d'invalidité. Reprenant l'argumentation développée dans son opposition au projet de décision, la recourante s'est encore fondée sur les deux pièces suivantes : - Un rapport établi le 5 janvier 2021 par la Dre H. \_\_\_\_\_ pour la caisse de chômage, mentionnant que l'assurée est inapte au travail à 100 % depuis le 10 juillet 2019 dans une activité de vendeuse en boulangerie, inaptitude susceptible d'évoluer et nécessitant un changement d'activité. La Dre H. \_\_\_\_\_ précisait qu'une activité à 100 % était envisageable dans un travail avec changement de posture et sans port de charge supérieures à 5 kg, tel que la couture, la bureautique ou l'emballage, et qu'un travail dans la vente était probablement possible à 50 %. - Un courrier adressé le 19 mars 2021 par la Dre H. \_\_\_\_\_ au mandataire de l'assurée, dans lequel elle apportait des précisions à propos de ses rapports des 8 septembre 2020 et 5 janvier 2021. Ainsi, le premier devait être compris en ce sens que l'incapacité de travail (IT) était de 100 % dans l'activité antérieure de vendeuse en boulangerie et de « 80-100 % dans une activité adaptée » (sic). Pour le second rapport, elle indiquait que l'incapacité de travail était de 100 % dans l'activité antérieure de vendeuse en boulangerie et de « 50 % dans une activité adaptée car évolution dans l'intervalle défavorable, davantage de douleurs, manque de traitement par physiothérapie dans l'eau interrompu en raison de la pandémie », une augmentation du taux étant toutefois possible « en cas d'amélioration et/ou formation dans un autre domaine qui respecte les limitations physiques ». Le 30 mars 2021, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du Valais a déclaré le recours irrecevable et l'a transmis d'office à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois. Dans sa réponse du 19 mai 2021, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision litigieuse, en se référant à l'argumentation présentée dans son courrier du 15 février 2021. Il relevait en particulier que la capacité de travail diminuée à 50 % dans une activité adaptée mentionnée dans le rapport du 19 mars 2021 ne pouvait pas être prise en compte dans le cadre de la décision du 15 février 2021, même si une aggravation durable de l'état de santé devait se confirmer, cette modification devant faire l'objet d'une nouvelle demande démontrant une modification significative de l'état de santé survenue après janvier 2021. 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). Selon l'art. 58 al. 3 LPGA, le tribunal qui décline sa compétence transmet sans délai le recours au tribunal compétent. Lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à un tribunal incompétent, le délai est réputé observé (art. 39 al. 2 LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). b) En l'occurrence, le recours a été

déposé en temps utile auprès d'un tribunal incompetent à raison du lieu, qui l'a transmis d'office au tribunal de céans compétent. Respectant par ailleurs les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente ou à des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité. 3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). c) 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). d) L'appréciation de la capacité de travail relève principalement de la compétence du corps médical (ATF 140 V 193 consid. 3.2). Le rôle du médecin est d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler, en se fondant sur des constatations médicales et objectives, soit des observations cliniques qui ne dépendent pas uniquement des déclarations de l'intéressé, mais sont confirmées par le résultat des examens cliniques et paracliniques (TF 8C\_96/2021 du 27 mai 2021 consid. 4.3.1). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré. C'est pourquoi les appréciations des médecins l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 8C\_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2 ; 8C\_760/2014 du 15 octobre 2015 consid. 4.3 ; 9C\_631/2007 du 4 juillet 2008 consid. 4. 1). 4. a) 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). b) Selon une jurisprudence constante, le juge apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 2). Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1). 5. a) La recourante allègue principalement que sa capacité de travail dans une activité adaptée a été surévaluée. Elle pointe en premier lieu le fait que l'intimé aurait méconnu les conclusions d'O.\_\_\_\_\_ pour privilégier celles du Prof. S.\_\_\_\_\_. Il y a cependant lieu de relever que les constatations médicales prévalent en principe sur celles émanant des professionnels de la réadaptation (cf. ATF 140 V 193 consid. 3.2). En l'occurrence, les conclusions du Prof. S.\_\_\_\_\_ sont dûment motivées et fondées sur des constats médicaux objectifs. Il apparaît par ailleurs que, contrairement à ce que la recourante semble alléguer, O.\_\_\_\_\_ ne se prononce pas en faveur d'une capacité de travail à taux réduit dans l'activité adaptée, ni n'évoque une baisse de rendement. Au contraire, cet organisme conclut à une réinsertion professionnelle dans une activité adaptée sans limitation dans le temps d'activité. Les limitations fonctionnelles retenues par O.\_\_\_\_\_ en août 2020 sont par ailleurs superposables à celles retenues par le Prof. S.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 15 septembre 2020, hormis la fréquence des changements de position. Certes, le Prof. S.\_\_\_\_\_ a établi ledit rapport en précisant qu'il n'avait pas revu la recourante depuis décembre 2019. Cependant, l'intimé s'est également fondé sur le rapport médical de la Dre H.\_\_\_\_\_ du 4 septembre 2020, concluant à une capacité de travail de 80 à 100 % dans une activité permettant des changements de posture et sans port de charges de plus de 5 kg, ce qui correspond à ce qui a été arrêté dans la décision litigieuse. La recourante a produit, postérieurement à la décision litigieuse, deux rapports médicaux de la Dre H.\_\_\_\_\_. Celui du 5 janvier 2021 confirme que, dans une activité adaptée à l'état de santé, décrit comme un travail avec changements de posture et sans port de charges supérieures à 5 kg, la capacité de travail était de 100 %. Ce rapport va donc dans le sens du rapport médical du Prof. S.\_\_\_\_\_ et correspond à ce qui a été retenu dans la décision litigieuse. Quant au rapport du 19 mars 2021, il mentionne pour la première fois une capacité de travail réduite dans une activité adaptée, motivée par une évolution défavorable intervenue postérieurement au rapport de janvier 2021. S'agissant d'une péjoration de la situation médicale intervenue postérieurement à la

décision, il ne peut en être tenu compte. Au demeurant, dans la mesure où elle est mise en relation avec le manque de traitement par physiothérapie dû à l'interruption des séances à cause de la pandémie de COVID-19, rien ne permet à ce stade de retenir que cette évolution de l'état de santé serait durable. Il n'en demeure pas moins que la Dre H. \_\_\_\_\_ confirmait en janvier 2021 que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 100 %. b) La recourante critique également le fait que l'intimé retienne qu'une capacité de travail dans une activité adaptée soit raisonnablement exigible à 100 % « depuis toujours », considérant qu'aucun des médecins qui avait suivi l'assurée ne s'était prononcé clairement sur ce point. Cette argumentation ne saurait être suivie. En effet, le Prof. S. \_\_\_\_\_ a mentionné expressément dans son rapport du 15 septembre 2020 que les limitations fonctionnelles induites par l'état de santé étaient valables depuis l'été 2018 et que la capacité de travail reconnue dans une activité respectant ces limitations était exigible sans aucune restriction. Quant à la Dre H. \_\_\_\_\_, s'il est exact qu'elle ne s'est pas prononcée sur ce point, il n'en demeure pas moins qu'elle n'a opposé aucun argument médical permettant d'aller à l'encontre de l'avis du spécialiste fixant le début de la capacité de travail dans une activité adaptée à l'été 2018. Du reste, la recourante avait, à l'époque, tenté une reprise de son activité habituelle à 50 % avec augmentation progressive précisément à cette époque-là, de sorte qu'une capacité de travail résiduelle existait bel et bien. c) Enfin, la recourante se plaint de l'absence d'instruction sur le plan psychique. A cet égard, il y a lieu de relever que l'assurée a signalé l'existence d'un suivi auprès d'une psychologue pour la première fois durant la mesure auprès d'O. \_\_\_\_\_ et que la Dre H. \_\_\_\_\_ le mentionne également dans son rapport du 4 septembre 2020. Cependant, cet élément n'a fait l'objet d'aucune investigation particulière de la part d'O. \_\_\_\_\_, tandis que la Dre H. \_\_\_\_\_ n'a signalé aucun élément anamnestique ou diagnostique en relation avec une problématique d'ordre psychique chez sa patiente dans ses différents rapports. De même, l'aggravation de l'état de santé signalé par cette médecin dans son dernier rapport est uniquement mise en lien avec l'affection somatique. Au demeurant, la recourante elle-même se limite à rappeler qu'elle est suivie par une psychologue et demande une instruction complémentaire sur ce point sans indiquer les raisons pour lesquelles une telle investigation serait nécessaire de son point de vue et n'a produit aucun rapport de sa psychologue pour étayer sa demande. Par conséquent, en l'absence de tout élément d'ordre médical, notamment de la part de la Dre H. \_\_\_\_\_, suggérant qu'une atteinte d'ordre psychique serait susceptible d'influencer l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de la recourante, il ne se justifie pas de procéder à une plus ample instruction sur ce point. d) En définitive, la capacité de travail de la recourante a été fixée sur la base des déclarations concordantes de ses médecins traitants, de sorte qu'elle peut être confirmée. 5. Il reste à examiner le degré d'invalidité retenu par l'intimé, également contesté par la recourante. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus avec et sans invalidité (art. 16 LPGA ; cf. consid. 3b ci-dessus). 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 service, 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 (TF 9C\_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 ; 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).

6. a) En l'espèce, la recourante ne remet pas en cause les montants des revenus avec et sans invalidité retenus par l'intimé. Pour le revenu sans invalidité, l'intimé a tenu compte du salaire annuel annoncé par l'employeur pour l'année 2019, à savoir 52'000 francs. Quant au revenu avec invalidité, il l'a calculé sur la base du revenu mensuel de l'ESS 2018, TA1\_skill level, niveau de compétence 1 (tâches physiques ou manuelles simples) pour les femmes, tous secteurs confondus, à savoir 4371 francs, annualisé, adapté à la durée normale du travail dans les entreprises en 2019 (41.7 heures). Quant à l'indexation de 2018 à 2019, l'intimé aurait dû appliquer un taux de 1 % (variation des salaires nominaux pour les femmes en 2019 ; cf. tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, publié sur le site internet de l'Office fédéral de la statistique ; TF 8C\_661/2018 du 28 octobre 2019 consid. 3.3.4.1) ; corrigé d'office, le revenu avec invalidité s'élève à 55'228 fr. 02. b) L'intimé n'a appliqué aucune réduction supplémentaire sur ce montant. La recourante estime pour sa part qu'un abattement de 20 % devrait être opéré pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles, de sa nationalité et de l'absence de formation. Il n'y a pas lieu en l'espèce de tenir compte de l'absence de formation professionnelle de la recourante. D'une part, le type d'activité visé par le niveau de compétence 1 dans l'ESS correspond aux activités simples et répétitives, qui ne nécessitent pas de bénéficier d'une formation préalable. D'autre part, l'examen de l'extrait du compte individuel AVS de l'assurée montre que, malgré l'absence de formation professionnelle de base, elle a pu travailler dans les domaines de la vente et de la restauration dès 1993 et qu'elle peut, de ce fait, se prévaloir d'une expérience professionnelle substantielle. A cela s'ajoute que, dans son rapport du 20 septembre 2020, le Prof. S. \_\_\_\_\_ a mentionné que la recourante jouissait d'une capacité d'adaptation, de concentration et de compréhension non limitées. Ainsi, la recourante dispose de compétences personnelles et professionnelles largement suffisantes pour une reconversion professionnelle dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Quant à la nationalité, elle n'est pas susceptible de péjorer les possibilités de la recourante, puisque l'intéressée vit en Suisse depuis plusieurs décennies et dispose d'une autorisation d'établissement (cf. TF 9C\_855/2014 du 7 août 2015 consid. 5). S'agissant enfin des limitations fonctionnelles elles-mêmes, il y a lieu de rappeler qu'elles ont déjà été prises en compte dans l'examen de la capacité de travail résiduelle de la recourante, pour déterminer les activités adaptées. Dans la mesure où elles consistent dans les limitations habituelles d'épargne du rachis, elles correspondent à celles que la jurisprudence considère comme compatibles avec le niveau de compétence de l'ESS correspondant aux tâches simples (cf. également TF 9C\_554/2020 du 14 avril 2021 consid. 6.1). En effet, elles permettent tout de même un large éventail d'activités simples et n'entraînent donc pas de désavantage particulier sur le plan de la rémunération. C'est donc à juste titre que l'intimé n'a pas appliqué d'abattement supplémentaire. c) Dès lors, le revenu avec invalidité déterminant

pour le calcul du degré d'invalidité s'élève à 55'228 fr. 02. Après comparaison avec le revenu sans invalidité, on constate avec l'intimé que la recourante ne subit aucun préjudice économique, de sorte que le degré d'invalidité est nul et que le droit à la rente doit être nié.

7. A titre subsidiaire, la recourante a requis des mesures d'ordre professionnel. a) Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3). Cette dernière valeur est indicative (ATF 130 V 488 consid. 4.2), en ce sens qu'il faut tenir compte du but du reclassement, qui est d'offrir à la personne assurée qui exerçait une activité lucrative avant le début de l'invalidité, une possibilité d'activité lucrative à peu près équivalente à la précédente. Il ne s'agit donc pas de s'en tenir à une comparaison des revenus limitée au moment présent, mais plutôt d'établir un pronostic basé sur l'ensemble des circonstances, dont en particulier l'évolution future des revenus avec et sans formation professionnelle (cf. ATF 124 V 108 consid. 2a et 3b). b) En l'espèce, le degré d'invalidité calculé ci-dessus est nul. Aucun élément du dossier ne permet par ailleurs de considérer que, sans l'atteinte à la santé, la recourante pourrait compter sur une évolution salariale plus importante que dans l'activité adaptée à son état de santé. En particulier, il apparaît que le revenu perçu par l'assurée auprès de son dernier employeur n'a connu aucune évolution entre son engagement, en septembre 2015, et le début de son incapacité de travail, en septembre 2018. Par conséquent, le droit aux mesures d'ordre professionnel n'est pas ouvert à la recourante, étant relevé qu'elle bénéficie néanmoins d'une aide au placement.

8. A titre de mesure d'instruction, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire pluridisciplinaire. A cet égard, et comme démontré plus avant, les éléments au dossier sont convergents et suffisants pour permettre à la Cour des assurances sociales de renoncer à requérir un complément d'instruction sous la forme d'une telle expertise. Par conséquent, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de la recourante. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C\_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

9. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée. 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 à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient 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 15 février 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six 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 Pierre Ventura (pour E. \_\_\_\_\_), ■ 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.