

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 juillet 2012

Présidence de M. JOMINI
Juges : M. Bonard et Mme Rossier, assesseurs
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

B. _____, à Nyon, recourante, représentée par Me Henri Bercher, avocat
à Nyon,

et

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

Art. 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. B. _____ (ci-après: l'assurée), née en 1966, sans formation, a été engagée du 14 septembre 2007 au 31 mai 2008 en qualité de nettoyeuse pour la société F. _____ Sàrl, à Luins.

Le 25 octobre 2007, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation, ayant occasionné une fracture de la facette supérieure droite de la vertèbre cervicale C7, une subluxation bilatérale de C6-C7, des lésions dentaires, une plaie du cuir chevelu et des contusions. L'assurée a été héliportée au CHUV, où des soins lui ont été prodigués, et a présenté une incapacité de travail totale. Le 8 avril 2008, elle a bénéficié d'une spondylodèse dorsale cervicale de C5 à D1 et d'une discectomie et mise en place d'une cage et plaque au niveau C6-C7; l'évolution a été décrite comme favorable. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA).

Le 7 juillet 2008, l'assurée a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations de l'AI.

Sur le plan économique, dans un formulaire 531bis rempli le 15 juillet 2008, l'assurée a déclaré que, si elle était en bonne santé, elle travaillerait à 100% en qualité de ménagère, en raison de nécessité financière et parce qu'elle aimait son travail. Dans un questionnaire pour l'employeur rempli le 11 septembre 2008, F. _____ Sàrl a indiqué que l'assurée, compte tenu d'un horaire de travail de 45h par semaine, recevait un salaire horaire de 22 fr. 75 et un salaire mensuel en moyenne de 3'750 fr. Des décomptes de salaires ont été remis.

Dans un rapport du 14 octobre 2008, le Dr X. _____, médecin assistant du service de neurochirurgie du CHUV, a retenu une incapacité de travail de 100% depuis le 25 octobre 2007 pour une durée indéterminée, et attesté une évolution favorable.

Dans un rapport non daté et transmis à l'OAI le 24 février 2009, le Dr K._____, neurochirurgien au CHUV, a relevé la présence de fractures multiples cervicales et de douleurs cervicales, puis retenu un bon pronostic. Il a signalé une capacité de travail physique limitée et constaté une diminution importante des mouvements de la nuque.

L'assurée a effectué un séjour à la Clinique romande de réadaptation à Sion (ci-après: la CRR) du 3 février au 3 mars 2009. Dans un rapport du 6 avril 2009, le Dr H._____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation ainsi qu'en rhumatologie, a posé les diagnostics de cervicalgies persistantes, d'atteinte radiculaire C7 discrète droite, de fracture de la facette supérieure droite de C7, avec subluxation de C6-C7, de spondylodèse cervicodorsale de C5-D1, par double voie antérieure et postérieure, et de paralysie transitoire de la corde vocale droite postopératoire. Ce médecin a relevé ce qui suit dans son appréciation du cas:

"A son admission la patiente se plaint de douleurs à type de pressions dans la nuque, avec irradiations au membre supérieur droit, d'une sensation dysesthésique dans la pulpe de l'index à droite et d'une sensation de manque de force dans le membre supérieur droit. Elle dit avoir retrouvé une voix normale.

L'examen trouve une nette limitation de la mobilité active cervicale. Il y a un très léger déficit moteur sur le grand pectoral droit, le réflexe tricipital droit est aboli, et il y a une hypoesthésie algique de la pulpe des 2^{ème} et 3^{ème} doigts de la main droite.

Le CT cervical initial montre la fracture facettaire supérieure droite de C7 avec subluxation C6-C7. Selon le rapport, le dernier CT cervicodorsal du 03.12.2008 montre un bon alignement de la colonne, le matériel est en place et la fusion n'est pas tout à fait acquise entre C5-D1.

Compte tenu des paresthésies de l'index droit décrites par la patiente, une consultation neurologique est effectuée le 11.02.2009, qui met en évidence une atteinte radiculaire C7 très discrète, ne justifiant actuellement pas de prise en charge spécifique. Des investigations (EMG, éventuellement imagerie cervicale), ne devraient être envisagées qu'en cas d'évolution non favorable, ou d'aggravation.

Mme B._____ a été prise en charge en physiothérapie individuelle et en groupes, avec une ponctualité et coopération élevées. En fin de séjour, elle déclare mieux bouger sa nuque, ce qui l'aide dans les

relations interpersonnelles. Il persiste une sensation de poids, qui n'a pas été aggravée par la physiothérapie. Objectivement on confirme les dires de la patiente. Celle-ci semble avoir retrouvé confiance en soi et en sa nuque (Cf. rapport de physiothérapie).

Mme B._____ poursuivra un programme d'autorééducation quotidienne, dans le but d'augmenter la mobilité cervicale. Plus tard, des exercices de tonification de la ceinture scapulaire devraient être réalisés.

Sur le plan médicamenteux, nous avons poursuivi le traitement de Tramal, bien toléré, et qui soulage modérément la patiente.

Un contrôle chez le Dr K._____, médecin associé, neurochirurgien au CHUV, devrait être organisé au mois de juin 2009, avec un CT et des RX fonctionnelles de la colonne cervicale effectuées au préalable.

Sur le plan professionnel, le dernier travail de la patiente a été le nettoyage dans une entreprise. Mme B._____ n'a plus de contrat de travail actuellement. La situation médicale n'étant pas encore stabilisée, nous prolongeons l'incapacité de travail pour un mois et la situation devrait être réévaluée par le médecin-traitant et le Dr K._____".

Dans un rapport du 28 septembre 2009, le Dr K._____ a retenu une bonne évolution chez une patiente qui présentait alors un examen neurologique normal, en relevant que l'assurée ressentait des douleurs en cas d'activité physique. En date du 29 octobre 2009, ce médecin a attesté une récupération totale, malgré des douleurs cervicales persistantes; il a ajouté qu'un travail dans une activité physique était contre-indiqué, a évoqué la possibilité d'une reprise de l'activité professionnelle et s'est prononcé sur les limitations fonctionnelles. Le 22 décembre 2008, le Dr K._____ a constaté une évolution tout à fait favorable, avec toutefois des douleurs, dont l'intensité diminuait.

Le 26 janvier 2010, répondant à une demande de renseignements du Service médical régional AI (ci-après: le SMR), le Dr K._____ a déclaré que l'évolution était excellente, que les limitations fonctionnelles consistaient en une diminution des mouvements cervicaux, qu'une activité de femme de ménage était exigible selon l'importance de la douleur et que la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était d'environ 50%. Le 31 mars 2010, le Dr

K._____ a relevé qu'il s'agissait d'une bonne évolution étant donné l'importance de la fracture ainsi que l'importance des interventions subies.

B. Le 23 mars 2010, l'assurée a été soumise à un examen clinique rhumatologique au SMR, effectué par le Dr I._____, rhumatologue FMH. Dans son rapport du 10 mai 2010, ce médecin a posé les diagnostics de cervicalgies chroniques, avec un déficit sensitif et de réflexe dans le territoire C7 droit, dans les suites d'une subluxation C6-C7, traitée par spondylodèse, discopathie surajoutée et uncarthrose en C4-C5. La capacité de travail exigible a été évaluée à 0% dans l'activité habituelle et à 65% dans une activité adaptée, depuis début octobre 2009, soit après la consultation auprès du Dr K._____ le 28 septembre 2009. Ce médecin a ensuite retenu ce qui suit dans son appréciation du cas:

"Lors de l'entretien, l'assurée décrit la persistance de douleurs de la jonction cervico-dorsale, irradiant au niveau scapulaire D. Les symptômes sont quotidiens, sont clairement de type mécanique, l'assurée n'a aucune douleur lorsqu'elle est couchée, elle n'a pas de douleur nocturne.

Au niveau neurologique, il persiste une diminution de la sensibilité de l'index D, l'assurée a récupéré une voix comme auparavant.

[...]

L'assurée fait partiellement le ménage, elle n'est plus capable de passer l'aspirateur, nettoyer les vitres, changer les lits ou repasser, elle est aidée par son mari et ses enfants. L'assurée est capable de porter 3 à 4 kilos ddc, mais elle ressent alors une augmentation des douleurs cervicales.

L'assurée ne se voit pas reprendre son activité professionnelle de nettoyeuse; par rapport à une activité moins contraignante, elle ne voit pas ce qu'elle pourrait faire, déjà en station assise, l'assurée doit soutenir sa tête par un appui postérieur, sinon elle a des douleurs.

L'examen clinique montre une assurée en bon état de santé général, avec des mouvements automatiques de la nuque diminués dans toutes les directions, les mouvements ne sont pas abolis, l'assurée ne tourne plus en bloc le tronc comme c'était le cas lors de l'admission à la CRR. L'assurée utilise normalement ses 2 MS, elle est notamment capable d'amener un objet léger de D à G, au-dessus de sa tête.

L'examen de médecine interne est sans particularité, hormis une obésité de classe 1.

Au niveau neurologique, le status est superposable à celui décrit à la CRR, c'est-à-dire la persistance d'une hypoesthésie de l'index D et une hyporéflexie marquée tricépitale D, témoin d'une ancienne compression de la racine C7. L'assurée n'a pas de parésie, elle a une très bonne force de préhension bilatéralement.

L'examen articulaire périphérique est sans particularité, notamment il n'y a pas de signe de poly-inflammation.

Au niveau du rachis, l'assurée a des troubles statiques modérés, surtout sous forme d'une hypercyphose au niveau de la jonction cervico-dorsale, accompagnée d'une antéflexion de la tête; plus bas, l'assurée a un relâchement de sa sangle abdominale. La mobilité est modérément limitée en rotation et en flexion de façon similaire à celle du status de sortie de la CRR; nous avons, par contre, une limitation marquée en flexion latérale droite sous réserve de la participation de l'assurée; tous les mouvements sont douloureux. A la palpation, l'assurée n'a aucune douleur, la musculature postérieure a une tonicité diminuée; la musculature au niveau des épaules est conservée. L'amyotrophie des muscles postérieurs de la nuque joue très vraisemblablement un rôle dans la persistance des douleurs ressenties par l'assurée dès qu'elle se lève. La mobilité en flexion du rachis dorsal (indice de Schober) est diminuée, l'assurée n'a pas de douleur à la palpation.

Le dossier radiologique, comporte le CT de septembre 2009 et les radiographies fonctionnelles successives effectuées après l'intervention de spondylodèse le 08.04.2008. Comme mentionné par le Dr K. _____, il n'y a pas d'instabilité au niveau du montage; à notre avis, il existe une surcharge de l'étage sus-jacent à la spondylodèse, avec un léger pincement C4-C5 accompagné d'une ostéophytose antérieure, signes indirects d'une discopathie. La qualité du CT ne permet pas d'apprécier la gravité de la discopathie, il n'y a cependant pas d'hernie discale; le radiologue décrit une composante de canal cervical étroit avec un diamètre antéro-postérieur de 1 cm et la présence d'une uncarthrose à ce niveau. Entre septembre 2009 et janvier 2010, l'assurée a une amélioration de sa mobilité de son rachis cervical sur les clichés fonctionnels.

Limitations fonctionnelles

Rachis cervical: pas d'attitude prolongée de la tête en extension, pas de mouvements répétés de flexion/extension ou de rotations rapides; pas de travail prolongé des bras au-dessus de l'horizontal; pas de port de charges au-delà de 5 kg.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

L'incapacité de travail est totale dans l'activité de nettoyeuse ou de femme de chambre, depuis le 25.10.2007, date de l'accident. Malgré l'évolution favorable sur le plan de la stabilité du montage de la spondylodèse, les éléments anamnestiques, l'examen clinique décrit à la CRR et l'examen de ce jour effectué au SMR, rendent incompatible la reprise d'une activité professionnelle de femme de ménage.

[...]

Dans une activité respectant toute les limitations fonctionnelles décrites, nous retenons une exigibilité de 2 fois 3 heures par jour, avec une diminution de 10% de rendement.

Idéalement, l'assurée pourrait bénéficier d'un soutien de sa nuque avec un siège adapté en position assise. Un autre moyen prenant plus de temps mais étant plus constructif à long terme serait de reprendre la physiothérapie avec un traitement ciblé de renforcement de la musculature posturale postérieure qui est affaiblie chez l'assurée, après port de minerve".

Dans un rapport du 25 juin 2010, se référant à ce rapport d'examen clinique, le SMR a retenu une incapacité de travail de 35% dans une activité adaptée dès septembre 2009. Les limitations fonctionnelles ont été décrites comme il suit: pas d'attitude prolongée de la tête en extension, pas de mouvements répétés de flexion-extension, pas de rotations rapides, pas de travail prolongé des bras au-dessus de l'horizontale, port de charge limité à 5 kg.

La CNA a remis à l'OAI une copie du rapport d'examen médical final établi le 21 juin 2010 par son médecin d'arrondissement, le Dr M._____. Ce dernier a indiqué en particulier que les constatations de l'examen radio-cliniques étaient rassurantes et contrastaient avec l'importance des douleurs. Il a retenu que l'assurée ne pouvait plus travailler comme nettoyeuse ou comme femme de chambre, mais qu'elle conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Dans un avis médical du SMR du 21 octobre 2010, le Dr I._____ a maintenu l'appréciation qu'il avait faite lors de son examen du 23 mars 2010 et s'est écarté de l'avis du Dr M._____. Il a ajouté qu'il n'y avait pas d'éléments nouveaux, notamment pas d'amélioration de l'état de santé de l'assurée.

C. Dans un préavis du 21 décembre 2010, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} octobre 2008 au 31 décembre 2009, soit après un délai de trois mois d'amélioration de son état de santé.

Il a retenu que la capacité de travail de l'assurée était considérablement restreinte depuis le 25 octobre 2007 et que dans des activités adaptées sa capacité de travail était de 65% depuis septembre 2009. Sur la base d'un revenu sans invalidité de 45'945 fr. dans l'ancienne activité et d'un revenu d'invalidité de 30'754 fr. 90 - correspondant à des activités simples et répétitives selon l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: l'ESS) en 2009, compte tenu d'un taux d'activité de 65% et d'un abattement de 10% - l'OAI a mis en évidence un degré d'invalidité de 33%, ne donnant plus droit à la rente.

Le 18 janvier 2011, la CNA a contesté le préavis de l'OAI. Sur la base d'un rapport du 26 novembre 2010 du Dr M._____, elle a mis en cause l'appréciation de la capacité de travail résiduelle faite par le Dr I._____. Elle a fait valoir que deux assurances sociales devaient parvenir au même taux d'invalidité.

Le 31 janvier 2011, l'assurée a également contesté ce préavis, concluant à la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires et faisant valoir qu'il convenait de tester son habileté pratique dans un atelier protégé avant de se prononcer sur le droit à la rente.

Le cas a à nouveau été soumis au SMR. Dans un avis médical du 2 mars 2011, les Drs I._____ et G._____ ont maintenu leur appréciation. Par rapport aux remarques de la CNA, ils ont relevé s'être fondés sur l'aspect global de l'atteinte ostéoarticulaire, et non uniquement sur les suites de l'accident, et confirmé les limitations fonctionnelles retenues par le SMR. A l'égard des griefs de l'assurée, ils ont indiqué notamment que le Dr K._____ avait noté une évolution excellente, que la cécité de l'œil gauche et les problèmes de langue n'avaient pas empêché l'intéressée de travailler, qu'un stage professionnel n'était pas indiqué et que les médicaments administrés n'entravaient pas la capacité de travail.

L'assurée a par la suite remis à l'OAI les documents suivants:

- Un certificat médical du 18 janvier 2011 du Dr A._____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, constatant une mobilité de la nuque réduite, des douleurs des trapèzes et une intensité des douleurs à 5/10, parfois 7/10. Il a relevé que l'assurée ne faisait plus que la cuisine et quelques petites tâches légères, puis a douté que cette dernière pût présenter une capacité de travail de 100%.

- Un certificat médical du 13 mai 2011 du Dr A._____, mettant en cause la position de l'OAI et réclamant une réévaluation médicale.

- Un rapport du 13 septembre 2011 du Dr A._____, signalant notamment d'intenses douleurs malgré un traitement médicamenteux, puis retenant une incapacité de travail de 100% en qualité de nettoyeuse professionnelle.

- Un rapport du 22 septembre 2011 du Dr W._____, neurochirurgien à la clinique Genolier, qui retient notamment ce qui suit:

"[L'assurée] a été opérée secondairement fin octobre 2007 devant le caractère instable de cette fracture et son évolution péjorative.

Par la suite, l'évolution a été globalement favorable, mais laisse bien sûr persister des séquelles essentiellement sous la forme douloureuse.

Elle a en effet bénéficié d'une double fixation antérieure et postérieure au niveau cervical et à l'heure actuelle elle en conserve des douleurs cervicales résiduelles et des difficultés à mobiliser sa colonne.

Elle ne peut pas travailler longtemps en position assise, a du mal à regarder vers le haut, vers le bas et les mouvements de rotations et de flexions latérales sont limités.

A l'examen neurologique il n'y a pas d'atteinte radiculaire évolutive, pas de syndrome sous-lésionnel et au total un bilan neurologique bien rassurant.

A l'heure actuelle je suis tout à fait d'accord avec vous sur le fait qu'il est impossible d'envisager une reprise d'activité professionnelle à temps plein, quelle que soit cette activité.

Il me semble néanmoins que l'on peut s'orienter vers une reprise de son activité de manière très modérée, à mon sens au maximum à 30% dans une activité adaptée.

Le cas est difficile, car bien évidemment s'il n'y a pas d'atteinte neurologique évolutive, elle conserve des éléments qui sont purement subjectifs, douloureux, et tout à fait difficiles à chiffrer et à indemniser".

Dans un rapport du 5 décembre 2011, la Dresse Y._____ du SMR s'est écartée de l'appréciation du Dr W._____, qui selon elle se fondait essentiellement sur des données subjectives et en l'absence d'une aggravation, et s'est référée aux conclusions du Dr I._____.

Par décision du 20 février 2012, notifiée par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} octobre 2008 au 31 décembre 2009. Dans son argumentation, l'OAI s'est référé aux mêmes motifs que ceux de son préavis du 21 décembre 2010.

D. Par acte de son mandataire du 2 avril 2012, B._____ recourt contre cette décision au Tribunal cantonal et conclut à la continuation du droit à une rente entière pour la période dès le 1^{er} janvier 2010 et jusqu'à une réelle amélioration de son état de santé.

L'assurée soutient qu'elle souffre de cervicalgies chroniques, et qu'il n'y a pas d'éléments au dossier permettant de justifier une amélioration de l'état de santé et de la capacité de travail à fin 2009. Au vu de son absence de formation, de sa cécité à l'œil gauche, de sa faible maîtrise du français et de sa diminution de rendement, elle conteste le taux d'abattement de 10% du revenu d'invalidé retenu par l'OAI. Se prévalant des constatations de sa famille, elle allègue que la douleur apparaît dès qu'elle passe de la position couchée à la position verticale et qu'elle est limitée dans tous les mouvements de la vie quotidienne. Elle conteste en outre le calcul de l'invalidité effectué par l'OAI, qu'elle qualifie d'arbitraire.

Dans sa réponse du 9 mai 2012, l'OAI conclut au rejet du recours. Se référant au rapport d'examen rhumatologique effectué par le SMR, qui a selon lui valeur probante, il soutient que la capacité de travail de l'assurée est de 65% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Le 23 mai 2012, afin de déterminer son état de santé global, la recourante requiert la tenue d'une audience au cours de laquelle elle pourra être entendue par la Cour de céans. Elle sollicite en outre l'audition d'un témoin afin de décrire les conséquences sur sa vie quotidienne et ses limitations fonctionnelles.

E. Par décision du 13 avril 2012, le juge instructeur a accordé à l'assurée l'assistance judiciaire avec effet au 8 mars 2012 et lui a désigné un avocat d'office en la personne de Me Henri Bercher.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des règles de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. En l'espèce, l'OAI a reconnu le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} octobre 2008 au 31 décembre 2009. La recourante prétend à une rente aussi après cette

échéance, et elle reproche à l'OAI de ne pas lui avoir reconnu le droit à cette prestation dès le 1^{er} janvier 2010.

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents

à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

b) Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2d et les arrêts cités; TF 9C_228/2007 du 24 septembre 2007 consid. 2; TFA I 554/06 du 21 août 2006 consid. 3).

Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la 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 (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2).

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b; 125 V 368 consid. 2; 112 V 372 consid. 2b; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

Selon l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Lorsqu'une rente est allouée et qu'elle est en même temps augmentée, réduite ou supprimée en application des art. 17 LPGA et 88a RAI, le simple fait que l'étendue et, le cas échéant, la durée du droit à la rente varient au cours de la période couverte par la décision est sans importance sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 135 V 141 consid. 1.4.4; 131 V 164 consid. 2.3.3; 125 V 413 consid. 2d; TF 9C_795/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.2).

c) Dans le cas présent, la recourante a été victime d'un accident le 25 octobre 2007, ayant occasionné notamment une atteinte à la colonne cervicale. Elle a présenté une incapacité de travail de 100% depuis le 25 octobre 2007 pour une durée indéterminée, attestée en particulier par le Dr X._____ (rapport du 14 octobre 2008). Dès lors, conformément également aux indications de la CRR et du SMR, la recourante a présenté une incapacité de travail de longue durée depuis le 25 octobre 2007. C'est donc à juste titre que le droit à une rente entière lui a été reconnu dès le 1^{er} octobre 2008, soit après un délai de carence d'une année (art. 28 al. 1 LAI).

Le 8 avril 2008, la recourante a bénéficié d'une spondylodèse dorsale cervicale de C5 à D1 et d'une discectomie et mise en place d'une cage et plaque au niveau C6-C7; l'évolution a été décrite comme favorable. Dans son rapport du 28 septembre 2009, le Dr K._____ a retenu une bonne évolution et un examen neurologique normal. En date du 29 octobre 2009, ce médecin a attesté une récupération totale, malgré des douleurs cervicales persistantes, a évoqué la possibilité d'une reprise de l'activité professionnelle et s'est prononcé sur les limitations fonctionnelles. On ne peut qu'en déduire, comme l'a fait le Dr I._____ dans son rapport d'examen du 23 mars 2010, que la recourante a présenté une amélioration progressive de son état de santé dès septembre 2009, en l'occurrence clairement établie en octobre 2009.

Cette appréciation est corroborée par un examen radiologique effectué en septembre 2009, qui, selon le Dr I. _____ notamment, n'a pas mis en évidence d'instabilité au niveau du montage ni d'hernie discale et a démontré une amélioration de la mobilité du rachis cervical entre septembre et janvier 2010.

Contrairement à ce que soutient la recourante, le dossier médical comprend donc des éléments permettant d'attester clairement l'existence d'une amélioration de l'état de santé à fin 2009 avec incidence sur la capacité de travail. Il est du reste normal qu'une personne qui a subi une opération ensuite d'un accident d'une certaine gravité finisse par recouvrir, après une période de récupération et de consolidation, tout ou partie de sa capacité de travail. L'avis du Dr A. _____, dont plusieurs rapports médicaux ont été produits par la recourante, ne permet pas de s'écarter des conclusions du Dr I. _____ ni de retenir que la recourante ne présente pas d'amélioration de son état de santé ou de sa capacité de travail. En effet, le Dr A. _____ se base sur des examens et des motivations limités, au regard du rapport rhumatologique effectué par le SMR, et son opinion, en tant que médecin généraliste traitant, doit être appréciée avec les réserves d'usage. Quant au Dr W. _____ (rapport du 22 septembre 2011), il a retenu l'absence d'atteinte neurologique évolutive et la présence d'éléments purement subjectifs - ainsi que l'a retenu la Dresse Y. _____ (rapport du 5 décembre 2011 du SMR), - de sorte qu'il ne saurait valablement contredire l'avis du Dr I. _____. Le Dr W. _____ n'est du reste pas très affirmatif ni très convaincant dans sa motivation de l'appréciation de la capacité de travail résiduelle, qu'il évalue à 30%, et ses constatations médicales rejoignent pour l'essentiel celles du Dr I. _____.

Les douleurs ressenties par la recourante, même si elles peuvent être importantes, constituent une appréciation uniquement subjective de ses problèmes de santé et ne sauraient justifier de retenir une incapacité de travail supérieure à celle ressortant d'un rapport médical. Il appartient du reste aux médecins de se prononcer sur l'état de santé et la capacité de travail résiduelle, et non à la recourante selon sa

propre perception ou celle de tiers. Au vu d'une appréciation anticipée des preuves offertes (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées), le dossier est par ailleurs suffisamment instruit sur le plan médical. Il n'y a donc pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction proposées par la recourante, soit de fixer une audience et d'auditionner un témoin pour éclaircir des questions d'ordre médical. A ce sujet, il y a lieu de relever que la demande de la recourante constitue uniquement une requête de preuves, et non une demande formelle d'organiser des débats publics, étant donné que des demandes tendant à un interrogatoire des parties ou à une audition de témoins ne suffisent pas à cet égard (ATF 130 II 425 consid. 2.4; 125 V 37 consid. 2).

Enfin, l'assurance-invalidité n'est pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents (ATF 136 V 279 consid. 4.1; 133 V 549 consid. 6.1). Dès lors, l'OAI pouvait déterminer le degré d'invalidité de la recourante indépendamment de celui retenu par la CNA et par son médecin d'arrondissement, le Dr M._____. Par ailleurs, cette différence d'appréciation au sujet de la capacité de travail entre l'OAI et la CNA semble résulter du fait que l'assurance-invalidité tient compte de l'ensemble des problèmes de santé de l'intéressée, alors que l'assureur-accidents ne tient compte que des conséquences de l'accident subi par l'intéressée.

En conséquence, il y a lieu de suivre les conclusions du médecin spécialiste du SMR, le Dr I._____- dont le rapport satisfait aux critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante, - et de retenir que la recourante, après avoir subi une incapacité de travail totale suite à son accident du 25 octobre 2007, présente une capacité de travail de 65% depuis octobre 2009, ainsi que ce médecin l'a retenu dans la synthèse de son rapport. On ne voit pas de raisons de s'écarter des conclusions du Dr I._____, qui sont dûment motivées.

3. Les éléments médicaux étant posés, il reste à déterminer, du point de vue économique, le degré d'invalidité présenté par la recourante.

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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 (art. 16 LPGA; TF 9C_510/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.1). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1).

Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en règle générale en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. 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 l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 8C_287/2010 du 18 novembre 2010 consid. 3).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; TF 9C_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 4.1).

Selon une jurisprudence récente, le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En tel cas, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2 ab initio; 126 V 75 consid. 6).

L'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question relevant du pouvoir d'appréciation de l'administration. Lorsque la juridiction cantonale examine l'usage qu'a fait l'administration de ce pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, elle doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé (mais limité à 25%) serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2 in fine et les références citées).

b) Dans le cas présent, s'agissant du revenu sans invalidité, la recourante aurait réalisé en 2008 sans atteinte à la santé un salaire mensuel moyen de 3'750 fr. (questionnaire pour l'employeur rempli le 11 septembre 2008 par F. _____ Sàrl). Ce revenu semble faible par rapport aux données statistiques ressortant de l'ESS, de sorte qu'on peut se demander s'il n'y aurait pas lieu de procéder à un parallélisme des revenus (à ce sujet: ATF 135 V 297 et les références citées; 134 V 322 consid. 4.1), bien que cette question ne soit pas soulevée par la recourante. Toutefois, la particularité de cette situation sera prise en compte, ainsi qu'on le verra ci-après, uniquement dans la détermination de l'abattement du revenu d'invalidé. En effet, les mêmes facteurs qui ont une influence sur le revenu ne peuvent pas justifier à la fois une déduction en raison du parallélisme des revenus à comparer et un abattement pour circonstances personnelles et professionnelles (ATF 135 V 297 consid. 6.2 et les références citées). Il y a donc lieu de retenir, avec l'OAI, un revenu sans invalidité de 45'945 fr. en 2009 (soit 3'750 fr. x 12 et en tenant compte de l'évolution des salaires de 2.1%).

Pour le revenu d'invalidé, en l'absence d'un salaire effectivement réalisé après le début de l'atteinte à la santé, il y a lieu de se fonder sur les données de l'ESS. Dans des activités simples et répétitives (niveau de formation 4) dans le secteur privé en 2008 (tableau TA1 de l'ESS), le salaire mensuel (13^{ème} salaire y compris) était de 4'116 fr. (soit 49'392 fr. par année). Compte tenu de la durée hebdomadaire de travail en 2008 (41.6 heures) et de l'évolution des salaires en 2009 (+2.1%), le revenu d'invalidé pour les femmes en 2009 dans des activités simples et répétitives dans le secteur privé pour un taux de travail de 100% se monte à 52'446 fr. 40 ($[49'392 : 40 \times 41.6] + 2.1\%$).

Dans une activité respectant toutes les limitations fonctionnelles, le Dr I. _____ (rapport d'examen rhumatologique du SMR du 10 mai 2010) a retenu une exigibilité de 2 fois 3 heures par jour (ce qui revient à 75% d'exigibilité sur une journée de 8h de travail), avec une diminution de 10% de rendement. Cela correspond à une capacité de travail de 65% (soit 75% d'exigibilité - 10% de diminution de rendement),

ainsi que ce médecin l'a retenu dans la synthèse de son rapport. Compte tenu de ce taux de travail exigible, le revenu d'invalidé - avant la prise en compte d'un taux d'abattement - se monte à 34'090 fr. 16.

La recourante conteste le taux d'abattement, qui a été fixé à 10% par l'OAI dans la décision attaquée. Ce taux correspond à la situation personnelle de la recourante, dès lors que son absence de formation et sa faible maîtrise du français n'ont pas à être assumés par l'OAI (TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4), que sa cécité à l'œil gauche ne l'a pas empêchée de travailler à plein temps avec une vision monoculaire - ainsi que l'ont relevé les médecins du SMR (rapport du 2 mars 2011) - et que les limitations fonctionnelles ont suffisamment été prises en compte dans la capacité de travail résiduelle et la diminution de rendement par le Dr I. _____ (rapport d'examen du SMR du 10 mai 2010). Cela étant, sous l'angle du contrôle de l'opportunité de la décision attaquée, on peut se demander si un taux de 15% aurait été mieux approprié, notamment en raison d'une vision monoculaire. Même si un tel taux devait être retenu, cela ne changerait pas l'issue du litige. En effet, dans ce cas, le revenu d'invalidé se monterait à 28'976 fr. 63 (34'090 fr. 16 - 15%) et la comparaison avec un revenu sans invalidité de 45'945 fr. conduirait à un degré d'invalidité de 36.93%, qui est inférieur au taux minimal de 40% donnant droit à un quart de rente (art. 28 al. 2 LAI).

c) Il s'ensuit que, après un délai de trois mois d'amélioration de l'état de santé de la recourante (art. 88a al. 1 RAI), soit à fin décembre 2009, il y a eu un changement des circonstances propre à modifier le droit à la rente. En ce sens, le droit à la rente doit être supprimé pour la période au-delà du 31 décembre 2009. Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

4. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). La recourante a toutefois été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais

judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton, mais provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]).

En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

b) La recourante a par la suite obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Henri Bercher, à compter du 8 mars 2012 et jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il y a donc lieu dans le présent arrêt de fixer la rémunération de l'avocat d'office. Me Henri Bercher a produit la liste de ses opérations et débours. Il a consacré 9 heures de travail à cette affaire. Compte tenu d'un tarif de 180 fr. de l'heure, l'indemnité de Me Henri Bercher s'élève donc à 1'620 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RSV 211.02.3]), montant auquel s'ajoutent la TVA par 129 fr. 60 et les débours par 108 fr. (TVA comprise). Le montant total de l'indemnité s'élève donc à 1'857 fr. 60, TVA incluse.

c) Les frais judiciaires sont arrêtés à 400 fr. et mis provisoirement, comme vu plus haut, à la charge du canton.

Vu l'issue du litige, la recourante succombe et il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 20 février 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Henri Bercher, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'857 fr. 60 (mille huit cent cinquante-sept francs et soixante centimes).
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.
- VI.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Henri Bercher, avocat à Nyon (pour B._____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède est également communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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).

Le greffier :