

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 2 juin 2010

---

Présidence de       Mme    THALMANN  
Juges     :       Mme Röthenbacher, et Mme Di Ferro Demierre  
Greffier       :       M. Addor

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**G.** \_\_\_\_\_, à Nyon, recourante,

et

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

---

**Art. 6ss, 21 al. 4 LPGA, 4 al. 1, 8 al. 1 et 8 al. 3 let. b LAI**

**E n f a i t :**

**A.** Le 6 décembre 2005, G. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née le 2 mai 1967, mariée et mère d'un enfant, a déposé une demande de rente de l'assurance-invalidité (AI). L'assurée a été notamment vendeuse en boulangerie pendant environ quatre ans, jusqu'en 1995, puis, à partir de juillet 1995, employée en tant que vendeuse à la cafétéria de l'entreprise D. \_\_\_\_\_ à W. \_\_\_\_\_. Par courrier recommandé du 1<sup>er</sup> février 2007, elle a été licenciée avec effet au 31 mai 2007.

Dans un rapport du 30 décembre 2005, le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, pose comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail une hernie discale L4-L5 et une discopathie accentuée depuis 1994, l'incapacité de travail étant entière dans l'ancienne activité. Il estime une capacité de travail possible à raison de 2 à 3 heures par jour dans une activité adaptée, savoir permettant le changement des positions.

A ce rapport étaient joints:

- Un rapport du 1<sup>er</sup> avril 2005 du Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, concluant à une discopathie accentuée L4-L5 et une hernie discale postéro-médiane.
- Un rapport du 12 octobre 2005 établi à la suite d'une IRM par le Dr Z. \_\_\_\_\_ dont les conclusions sont les suivantes:

"Nette discarthrose L4-L5 avec hypertrophie des facettes articulaires et avec une certaine réduction dégénérative et constitutionnelle des dimensions du canal lombaire au niveau L4-L5. Protrusion postérieure de l'ensemble du disque avec hernie discale postérieure paramédiane et médio-latérale droite s'étendant légèrement en dessous de l'espace intersomatique".

- Un rapport établi le 5 septembre 2005 par les Drs F.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ du Service de neurologie de l'Hôpital T.\_\_\_\_\_, qui mentionne notamment ce qui suit:

"La patiente susmentionnée a été revue à la consultation ambulatoire de Neurochirurgie en date du 05.09.2005 et voici nos constatations.

**RAPPEL ANAMNESTIQUE**

Patiente de 38 ans connue pour des lombosciatalgies ddc plus à G qu'à D depuis environ 11 ans. Suite à un épisode aigu, la patiente est à l'arrêt de travail depuis 5 mois. On note l'échec des multiples traitements conservateurs dont le traitement par anti-inflammatoires, Sirdalud. La patiente a été vue à notre consultation le 28.04.2005. A l'époque nous avons proposé un traitement par infiltration dans le service d'anesthésiologie à l'Hôpital de N.\_\_\_\_\_.

**ANAMNESE INTERMEDIAIRE**

Nous revoyons Mme G.\_\_\_\_\_ après son traitement par infiltration à l'Hôpital de N.\_\_\_\_\_ en juin 2005 ainsi qu'un traitement par neuro-stimulateur depuis 1 semaine sans amélioration notable à ce jour. Elle se plaint toujours de douleurs en position assise et à la marche qui irradient à la face latérale de la cuisse et descendant jusqu'au mollet surtout à la jambe G. On note une gonalgie importante à G après 5 à 10 minutes de marche. Elle se plaint également de pieds engourdis au niveau du gros orteil à G plus qu'à D.

**OBJECTIVEMENT**

Marche sans difficulté. Marche sur talons et pointes des pieds SP. Montée sur l'escabeau en appui mono-podal sur le pied G avec difficulté. Lasègue positif à G à 40°, à D à 60°. Réflexes rotuliens vifs et symétriques ddc. Réflexe achilléen absent à G, diminué à D. Sensibilité au touché-piqué conservée aux MI ddc.

**EXAMEN(S) COMPLEMENTAIRE(S)**

IRM lombaire (01.04.2005): présence d'une discopathie L4-L5 avec petite hernie discale postéro-médiane.

**APPRECIATION**

Nous proposons la poursuite du traitement par neuro-stimulateur introduit à l'Hôpital de N.\_\_\_\_\_ pendant encore 3 semaines. Si cette dernière option de traitement conservateur n'apporte pas d'amélioration notable, nous vous proposons d'effectuer une nouvelle IRM et Mme G.\_\_\_\_\_ sera revue à la consultation de Neurochirurgie de la Dresse B.\_\_\_\_\_ avec sa nouvelle imagerie".

- Un rapport du 14 novembre 2005 de la Dresse B.\_\_\_\_\_, du Service de neurochirurgie de l'Hôpital T.\_\_\_\_\_, où l'on relève notamment ce qui suit:

**"ANAMNESE INTERMEDIAIRE:**

La patiente mentionne une légère amélioration suite aux blocs facettaires, mais pas de changement durable. Par contre, avec le TENS, elle mentionne une amélioration significative des douleurs. Elle utilise ce traitement depuis environ 2 mois maintenant. Les lombosciatalgies sont toujours présentes ddc, pires à G qu'à D et les

douleurs prédominant au niveau du dos. La patiente présente toujours des difficultés lors d'une position statique prolongée.

**OBJECTIVEMENT:**

A l'examen du jour, la manoeuvre de Lasègue est négative ddc. Les reflexes rotuliens et achilléens sont normaux et symétriques. Il n'y a pas de déficit sensitivo-moteur. La marche sur les talons et la pointe des pieds est effectuée sans difficulté.

**EXAMENS COMPLEMENTAIRES.**

IRM lombaire du 2 novembre 2005: présence d'une hernie discale L4-L5 postéro-latérale D.

**APPRECIATION:**

Il n'y a donc actuellement pas d'indication chirurgicale pour cette patiente chez qui la douleur prédomine au niveau du dos et qui n'a pas de signe de radiculopathie actuellement. Nous proposons donc la poursuite du traitement par TENS".

- Un rapport du 2 juin 2005 du Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, qui indique ce qui suit:

**"CONCLUSION DE L'EMG ET APPRECIATION DU CAS**

Le présent bilan électrophysiologique ne révèle pas de signes d'atteinte neurogène périphérique significatifs dans l'ensemble des muscles examinés au niveau des deux membres inférieurs ainsi que dans la musculature paravertébrale lombaire avec des tracés aux mouvements à basse fréquence ou à fréquence moyenne mais normalement riches. Cliniquement, j'ai relevé une limitation sensible localement de la flexion lombaire antérieure maximale, une manoeuvre de Lasègue faussement positive ddc, des phénomènes de lâchages au testing de la force musculaire de l'extrémité distale des deux membres inférieurs et une hypoesthésie tactile et douloureuse distale des deux membres inférieurs sans topographie radiculaire ou tronculaire.

Sur le plan thérapeutique, je pense qu'il n'y a effectivement pas d'indication neurochirurgicale dans une telle situation. Je propose la poursuite du traitement actuellement en cours auquel vous pourriez éventuellement associer une corticothérapie per os et une infiltration péridurale L4-L5 ddc".

- Dans un rapport établi le 12 septembre 2006, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, du Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR) indique notamment ce qui suit:

**"DIAGNOSTICS**

- avec répercussion sur la capacité de travail:

- LOMBOSCIATALGIES À BASCULE SUR INSTABILITÉ L4-L5 (MACRO-INSTABILITÉ ET DISCOPATHIE ÉTAGÉE L4-L5, L5-S1) M54.4.

- sans répercussion sur la capacité de travail:

- AUCUN

**APPRECIATION DU CAS**

Assurée âgée actuellement de 39 ans, présentant une symptomatologie algique lombaire évoluant depuis 1994 avec un premier épisode de blocage à ce moment sans facteur déclenchant

particulier. Les investigations radiologiques pratiquées depuis lors ont mis en évidence un trouble dégénératif du rachis lombaire sous la forme d'une discarthrose étagée L4-L5, L5-S1 associée à une instabilité segmentaire L4-L5 exacerbée en extension du rachis.

L'examen clinique de ce jour met en évidence une diminution modérée au niveau de la mobilité du rachis lombaire se traduisant essentiellement par un Schober à 10-13, une distance doigts-orteils en position assise à 10 cm et des troubles statiques d'origine volontaire. Dans ce contexte, l'assurée a développé progressivement un déconditionnement musculaire au niveau de la musculature statique aggravant le trouble statique.

Sur le plan neurologique, aucun déficit objectif n'a été mis en évidence lors de notre examen clinique de ce jour. L'assurée décrit une hypoesthésie de tout le membre inférieur G, sans mise en évidence de territoire radiculaire ou tronculaire particulier.

Le reste de l'examen de médecine générale met en évidence essentiellement des signes de non organicité 3 sur 5 selon Waddel et 8 sur 18 selon Smythe en faveur d'un processus non organique.

En conclusion, cette assurée présente un trouble dégénératif et statique du rachis lombaire induisant une incapacité de travail totale dans une activité en tant que serveuse ou vendeuse à la cafétéria de l'entreprise D.\_\_\_\_\_. Dans ce sens, nous pouvons suivre les appréciations du médecin traitant qui atteste d'une incapacité totale depuis la fin mars 2005, Dans une activité adaptée, tenant compte des limitations fonctionnelles, la capacité de travail actuelle est estimée à 100%. Au vu des limitations fonctionnelles, une diminution de rendement peut être évaluée à 20%.

Sur le plan thérapeutique, cette assurée pourrait bien entendu bénéficier d'un traitement de stabilisation par spondylodèse, toutefois les résultats d'une telle intervention ne peuvent pas garantir une amélioration sur le plan de la symptomatologie, ni une amélioration de la capacité de travail. De ce fait, nous ne pouvons pas recommander à l'assurée une prise en charge de ce type. Actuellement, la seule prise en charge d'ordre médical efficace est une gymnastique de tonification au niveau de la musculature paravertébrale et abdominale, la pratique d'une activité sportive régulière et la reprise d'une vie active.

Les limitations fonctionnelles

Pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive, pas de position statique debout au-delà d'une dizaine de minutes, diminution du périmètre de marche à environ  $\frac{1}{2}$  à  $\frac{3}{4}$  heure. Pas de position statique assise au-delà de  $\frac{3}{4}$  sans pouvoir alterner les positions assise-debout, pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis, pas de montée ou descente d'escalier à répétition, pas de position en genuflexion ou accroupie à répétition.

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

Sur la base des certificats médicaux mis à notre disposition, l'assurée est en incapacité de travail à 100% depuis le 30.03.2005.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Sur la base de notre examen clinique de ce jour, l'incapacité de travail attestée par le médecin traitant est tout à fait justifiée dans son activité habituelle au vu des atteintes objectives que cette assurée présente sur le plan ostéoarticulaire. Cette incapacité de travail est définitive dans son activité habituelle. Dans une activité adaptée, tenant compte des limitations fonctionnelles précitées, la capacité de travail théorique est de 100%. En raison du nombre de

limitations fonctionnelles et de leur importance, une diminution de rendement de 20% doit être considérée.

Concernant la capacité de travail exigible, 0% dans son activité habituelle et 80% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITE HABITUELLE : 0%

DANS UNE ACTIVITE ADAPTEE: 80% DEPUIS LE 30.03.2005".

L'assurée a débuté un stage au Centre d'Intégration Professionnelle (ci-après: le CIP) le 21 mai 2007, qui devait durer jusqu'au 14 octobre 2007 compte tenu d'une interruption du 6 juillet au 26 août 2007 au motif que l'assurée ne se sent pas apte à continuer selon le rapport du 5 juillet 2007 du CIP. Ce rapport mentionne en p. 11 que l'assurée peut théoriquement travailler dans des activités légères privilégiant la position assise, avec possibilité d'alterner les positions dans le circuit économique ordinaire à temps partiel 4 heures par jour dans un premier temps, avec une augmentation progressive pour atteindre 6 heures par jour. L'assurée peut être formée par la mise en place de formations courtes dans les domaines de la bureautique et de la téléphonie.

Dans un rapport intermédiaire du 5 juillet 2007, la division administrative de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) mentionne ce qui suit:

"Le parcours et la problématique de Mme G.\_\_\_\_\_ sont résumés dans notre rapport initial. Pour rappel, elle a entamé une mesure d'orientation en section Oser-Tertiaire du CIP en date du 21 mai 2007.

Un premier bilan effectué sur place a mis en évidence un bon engagement et une réelle volonté de reprendre une activité, témoignée durant les premiers jours de stage. Dès la 2<sup>ème</sup> semaine, Mme G.\_\_\_\_\_ a toutefois commencé à se plaindre de douleurs croissantes. Notre assurée semblant s'épuiser progressivement, le Dr H.\_\_\_\_\_ (médecin consultant du centre) a pris contact avec le médecin traitant de l'assurée, et opté pour un passage à 50% dès le 7 juin 2007, afin d'éviter que Mme G.\_\_\_\_\_ ne se décourage et que le stage ne se termine par une interruption à 100%. Cette décision "stratégique" a été admise par notre service médical, avec un préavis de reprise à 80% après les vacances d'été (avis du 22 juin 2007).

Dans le cadre de ce 50%, Mme G.\_\_\_\_\_ a dans un premier temps semblé soulagée, et même à l'aise: son rendement était normal et ses plaintes largement diminuées. Il a été observé qu'elle présentait des aptitudes et compétences compatibles avec une qualification dans le domaine tertiaire (comprend vite les consignes, assimile

bien la matière nouvelle ...) ainsi que de bonnes aptitudes manuelles. Lors du dernier bilan avant les vacances d'été, nous avons donc planifié l'organisation d'un stage de validation en entreprise en tant que réceptionniste-téléphoniste à 50% dans la région de Nyon, pour le mois de juillet.

Cette perspective a été extrêmement mal perçue par Mme G.\_\_\_\_\_, qui, face à la concrétisation du processus de réadaptation (passage en entreprise), nous a affirmé qu'elle ne s'imaginait pas s'engager dans une qualification, ni même dans un reclassement professionnel de manière générale. Nous lui avons rappelé que, son état de santé et ses aptitudes le permettant, nous devons privilégier une qualification afin de réduire son préjudice économique, et que le CIP n'était pas une fin en soi, mais une étape dans ce processus.

Suite à cette confrontation, l'équipe du CIP a constaté une augmentation des plaintes de Mme G.\_\_\_\_\_ qui, malgré l'encadrement et le soutien dispensés, se bloquait face à toute allusion à son avenir professionnel et se centrait de plus en plus sur ses douleurs. Le Dr C.\_\_\_\_\_, médecin traitant, l'a finalement mise au bénéfice d'un certificat d'incapacité de travail de 100% du 30 juin au 31 juillet 2007. Contacté par notre service médical (avis du 2 juillet 2007), le Dr C.\_\_\_\_\_ a admis qu'il ne constatait aucune aggravation au plan clinique, mais que sa patiente ne "supportait pas les mesures professionnelles" et présentait une "intolérance psychologique avec évolution vers la sinistrose". En l'absence d'élément objectif d'aggravation, l'organisation du stage à 50% en entreprise a donc été confirmée par notre service médical.

Informée de cette position par l'équipe du CIP, Mme G.\_\_\_\_\_ a pris la décision le 5 juillet d'interrompre les mesures professionnelles. Consciente qu'elle ne serait pas couverte financièrement, elle a affirmé "ne pas vouloir mettre sa santé en danger" et signé un document confirmant sa décision.

Pour l'heure, nous attendons un rapport médical du Dr C.\_\_\_\_\_, à soumettre à notre permanence médicale dès réception.

Compte tenu de ce qui précède, nous avons négocié avec le CIP la possibilité de réintégrer Mme G.\_\_\_\_\_ le 26 août pour autant qu'elle en fasse la demande. En effet, notre assurée nous semble traverser une période de surcharge (non liée à une atteinte psychique invalidante) qui pourrait bien s'estomper après quelques semaines d'interruption. Il serait par conséquent nécessaire de rencontrer Mme G.\_\_\_\_\_ avant cette échéance, afin qu'elle nous fasse part de ses intentions".

Dans un rapport du 12 juillet 2007, le Dr C.\_\_\_\_\_ indique que l'état de sa patiente est stationnaire, l'incapacité de travail étant totale et de 3 à 4 heures dans une activité adaptée. Il a joint à son rapport notamment le rapport du 13 avril 2007 de la Dresse K.\_\_\_\_\_, qui a effectué une IRM lombaire le 13 avril 2007 et qui indique notamment ce qui suit:

"Conclusion, proposition

On retrouve l'importante discopathie dégénérative L4-L5 avec un diamètre canalaire rétréci à ce niveau là. On ne retrouve pas la hernie médiane luxée vers le bas à droite décrite préalablement, en involution spontanée. Par ailleurs, protrusion discale circonférentielle au niveau L4-L5 qui se poursuit au niveau foraminal entraînant un aspect discrètement rétréci des foramens et du diamètre canalaire à ce niveau là, associée à une arthrose postérieure et à une hypertrophie ligamentaire.

Au niveau L5-S1, discopathie dégénérative débutante stable, sans protrusion herniaire ou hernie. A noter une arthrose postérieure latéralisée à gauche pouvant entraîner une contrainte radiculaire.

Aspect globalement stable du reste de l'imagerie comparativement aux examens datant de 2006".

Un rapport du 22 août 2007 relatif à l'entretien du même jour entre l'OAI et l'assurée mentionne ce qui suit:

"Suite à l'interruption du stage au CIP le 05.07.07, nous rencontrons l'assurée pour savoir quelle suite à donner à sa réadaptation.

Nous rencontrons une personne facilement au bord des larmes, qui n'envisage aucune reprise de stage. Dans un centre ou dans l'économie, elle est confrontée à ses limites, ce qui lui est insupportable.

Elle va voir son médecin, le Dr C. \_\_\_\_\_ le 24.08.07 et souhaiterait qu'il active sa demande d'opération, tout en sachant que ses chances de succès sont minces.

Eprouvé psychologiquement par une situation médicale difficile, amplifiée ces derniers mois (le repos n'a pas eu l'effet escompté càd une reprise du stage à 80%), elle se sent démunie. Elle n'a jamais souhaité l'aide d'un psychiatre ou d'une psychologue. Elle dit que c'est peut-être le moment.

Quant au dernier rapport médical du Dr C. \_\_\_\_\_, il indique un état de santé stationnaire et n'apporte aucun élément objectif d'une aggravation de l'état de santé de notre assurée. Il estime qu'elle peut travailler 3-4 heures par jour. Même sur ce point-là l'assurée n'est pas d'accord.

Nous lui avons indiqué la procédure (projet de décision et surtout aucune aide financière de notre Assurance) ce qui a rendu encore plus triste l'assurée.

Suite donnée à l'entretien / propositions

- approche théorique".

Dans un avis médical du 19 septembre 2007, le Dr X. \_\_\_\_\_ du SMR relève que le Dr C. \_\_\_\_\_ atteste que l'état de santé est stationnaire, mais n'apporte aucun élément objectif d'aggravation. Il ajoute que le Dr C. \_\_\_\_\_ estime la capacité de travail de l'ordre de 3 à 4 heures par jour dans une activité adaptée, alors que dans son rapport de 2005, il admettait une capacité de travail de 2 à 3 heures par jour dans une activité adaptée. Il rappelle que suite à l'examen au SMR, une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée a été évaluée et que

le médecin traitant n'apporte aucun élément qui permette de mettre en doute l'exigibilité notifiée dans le cadre de l'examen SMR de 2006".

Dans un rapport final du 10 octobre 2007, la division administrative de l'OAI mentionne ce qui suit:

"Rappelons qu'un stage d'orientation de 3 mois au CIP de Genève avait été organisé et qu'il a dû être interrompu prématurément avec la possibilité éventuelle, à la demande de Mme G.\_\_\_\_\_ de reprendre le stage dès la rentrée du 26.08.2007.

Nous avons reçu Mme G.\_\_\_\_\_ courant août et l'entretien s'est mal déroulé. Systématiquement en pleurs, ne pouvant imaginer un avenir professionnel puisque centrée sur ses douleurs, elle n'a pas répondu favorablement à notre proposition de reprise, s'estimant incapable de travailler.

Parallèlement, un rapport du médecin traitant, le Dr C.\_\_\_\_\_, a été demandé, puis présenté en permanence SMR le 19.09.2007. Ce document n'apporte aucun élément pouvant justifier une aggravation de l'état de santé. Dès lors, l'exigibilité médicale de 80% admise par le SMR reste valable (cf. avis SMR du 19.09.2007).

Au vu de ce qui précède, nous allons donc procéder à une approche théorique de gain. Voici nos chiffres.

Si Mme G.\_\_\_\_\_ avait adhéré aux mesures professionnelles, elle aurait pu être reclassée dans un emploi dans le tertiaire, notamment dans le domaine de l'accueil/réception/téléphone grâce à ses compétences intellectuelles et relationnelles. Après une formation alternée (théorie-pratique) entre 12 et 18 mois, notre assurée aurait pu prétendre à moyen terme à un revenu annuel brut de Sfr. 58'292.- (maximum classe 6 AVDEMS 2007). Ce montant est de Sfr. 46'633.- à 80% pour le RI.

En bonne santé, si elle avait pu continuer à travailler comme vendeuse au restaurant de l'entreprise D.\_\_\_\_\_, elle aurait pu prétendre à un revenu annuel brut à 100% de Sfr. 50'167.- en 2006, selon le rapport employeur du 08.03.2006. Ce revenu est à actualiser à 2007 soit Sfr. 50'869.- comme RS.

De la comparaison des gains résulte un préjudice économique quasi inexistant. Mme G.\_\_\_\_\_ aurait donc été reclassée à satisfaction.

Au vu de ce qui précède, notre intervention n'étant plus justifiée, nous classons ce dossier aux archives et vous laissons le soin d'y donner la suite qui convient".

Le 13 novembre 2007, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de rejet de la demande. L'OAI y indique notamment ce qui suit: "En date du 28.03.2007, nous avons rendu une décision d'octroi de mesures professionnelles pour un stage d'orientation au CIP d'une durée de 3 mois. Toutefois, ce stage a été interrompu prématurément et, vous n'avez pas souhaité le reprendre dès la rentrée d'août 2007".

Dans une lettre du 5 décembre 2007, l'assurée a écrit ce qui suit:

"Par ce courrier, je vous fait part de mon désaccord quand à votre refus de m'octroyer une rente AI.  
Vu mon état de santé et mes restrictions physiques, il m'est impossible de trouver un employeur qui veut de moi au sein de son entreprise. Je ne suis pas à même de réaliser les tâches de la vie courante qui plus est d'assumer un emploi à temps complet.  
Merci de votre attention, avec mes respectueuses salutations.  
P.S: dans votre courrier vous préciser que je n'ai pas souhaité continuer la mesure de réinsertion à la reprise, cela n'est pas exact. J'ai été convoquer a vos bureaux au mois d'août et là Madame P.\_\_\_\_\_ m'a informé que la mesure allait être interrompu et que je n'avais plus qu'a attendre la décision AI, qui me serait donné dans un délai de 2 ou 3 mois".

Par lettre du 18 janvier 2008, l'OAI a répondu ce qui suit:

"Par projet de décision du 13 novembre 2007, nous vous avons dénié le droit à la rente d'invalidité au motif que vous conserviez une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée et que, compte tenu du revenu que vous pourriez réaliser dans une telle activité, vous ne présentiez pas un taux d'invalidité ouvrant droit à la rente.  
Votre courrier du 5 décembre 2007 ne nous apporte aucun élément médical susceptible de reprendre l'instruction de votre dossier qui permettrait de modifier notre appréciation.  
Dans l'entretien que vous avez eu le 22 août 2007 avec notre division réadaptation, vous avez indiqué ne pas souhaiter la mise sur pied de nouvelles mesures professionnelles en raison de votre état de santé. A noter que les documents médicaux en notre possession ne font pas état d'une aggravation.  
Au vu de ce qui précède, votre contestation du 5 décembre 2007 ne nous apporte aucun élément susceptible de modifier notre position. Notre projet du 13 novembre 2007 est fondé et doit être entièrement confirmé".

Par décision du 18 janvier 2008, l'OAI a rejeté la demande. Il considère notamment ce qui suit:

"Résultat de nos constatations

- Selon les éléments économiques en notre possession, vous avez travaillé pour "entreprise D.\_\_\_\_\_ [...]" du 01.07.1995 au 31.01.2007, en qualité de vendeuse au restaurant.
- Vous avez été indemnisée en "perte de gain maladie" par " [...] Assurances".
- Depuis le 30.03.2005 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte. C'est à partir de cette date qu'est fixé le délai de carence d'un an prévu par l'art. 29 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI).

• Les éléments médicaux en notre possession étant insuffisant pour pouvoir prendre position, vous avez été convoquée par le Service médical régional AI pour l'établissement d'un examen rhumatologique.

Sur la base du dossier médical en notre possession, le Service médical régional AI constate que vous présentez une capacité de travail nulle dans votre activité habituelle de vendeuse au restaurant de l'entreprise D. \_\_\_\_\_ depuis le 30.03.2005.

Toutefois, dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles, vous présentez une capacité de travail raisonnablement exigible à 80% dès le 30.03.2005. Tel serait le cas dans une activité sans port de charges supérieur à 5 kg de façon répétitive, pas de position statique debout au-delà d'une dizaine de minutes, diminution du périmètre de marche environ 1/2 à 3/4 d'heure, pas de position statique assise au-delà de 3/4 d'heure sans pouvoir alterner les positions assis/debout, pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis, pas de montée/descente d'escaliers à répétitions, pas de position en genuflexion ou accroupie à répétition.

• En date du 28.03.2007, nous avons rendu une décision d'octroi de mesures professionnelles pour un stage d'orientation au CIP d'une durée de 3 mois. Toutefois, ce stage a été interrompu prématurément et, vous n'avez pas souhaité reprendre dès la rentrée d'août 2007.

• Pour déterminer votre degré d'invalidité à l'échéance du délai d'attente, soit au 30.03.2006, nous devons comparer le revenu que vous réalisiez avant votre atteinte à la santé (RS) au revenu d'invalidé (RI) compte tenu d'une capacité de travail exigible à 80% dans une activité adaptée.

Si vous aviez adhéré aux mesures professionnelles, vous auriez pu être reclassée dans un emploi dans le secteur tertiaire, notamment dans le domaine de l'accueil, réception, téléphone. Après la formation, vous auriez pu prétendre à moyen terme à un revenu brut de Fr. 58'292.-- (maximum classe 6 AVDEMS 2007), soit un revenu annuel brut de Fr. 46'633.-- (RI) pour un taux d'activité de 80%.

Sans vos problèmes de santé, vous auriez poursuivi votre activité de vendeuse au restaurant de l'entreprise D. \_\_\_\_\_ et, à ce titre, vous auriez pu prétendre à un revenu annuel brut à 100% de Fr. 50'869.-- (RS).

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:

sans invalidité CHF 50'869.--

avec invalidité CHF 48'633.--

La perte de gain s'élève à CHF 2'236.-- = un degré d'invalidité de 4.39%.

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité et, vous n'avez pas adhéré aux mesures professionnelles proposées".

**B.** Par écriture du 24 février 2008, G. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision en concluant à l'annulation de celle-ci, une rente entière d'invalidité lui étant octroyée. En substance, elle soutient être incapable de travailler à cause de ses douleurs, un stage à 100% étant impossible. Elle allègue également être suivie par la Dresse E. \_\_\_\_\_, psychiatre, et

souffrir de fibromyalgie. Elle estime que l'OAI n'a pas suffisamment approfondi ses problèmes de santé et que la profession de standardiste-réceptionniste n'est pas adaptée.

Elle allègue en outre ne pas avoir fait l'objet d'une mise en demeure comme le prévoit l'art. 43 al. 3 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1). Enfin, elle ajoute que la décision attaquée est entachée d'un vice formel dès lors qu'elle n'est pas signée par le directeur de l'OAI.

Elle a produit un bordereau de pièces parmi lesquelles un rapport médical du Dr C. \_\_\_\_\_ du 21 février 2008 selon lequel depuis 2006 le problème est resté stable à tous les niveaux.

Le 14 avril 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a produit un calcul de comparaison des revenus, en prenant en compte un revenu d'invalidé fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires, obtenant ainsi un taux d'incapacité de travail de 20.6%. Compte tenu de ce taux et du fait que la recourante s'estime incapable d'entreprendre des mesures professionnelles, il est d'avis qu'il n'est pas utile de se demander si la recourante a été informée dans les règles des conséquences d'une non-collaboration aux mesures professionnelles.

Les parties ont maintenu leurs conclusions dans leurs écritures ultérieures.

### **E n d r o i t :**

**1.** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales s'appliquent en principe à l'AI (art. 1 al. 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 – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours

devant le tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile devant le tribunal compétent et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA). Il est donc recevable.

La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse vraisemblablement supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus de rente (cf. Exposé des motifs du projet de LPA-VD, pp. 46-47).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain qui lui ouvrirait le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

**3. a)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Est réputée incapacité de travail, en vertu de l'art. 6 LPGA, 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (art. 28a al. 1, 1<sup>re</sup> phrase, LAI). Cette disposition consacre la méthode générale de la comparaison des revenus. Elle prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, 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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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 liquider 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. 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 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1).

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; ainsi, il convient 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 réf.; VSI 2001 p. 106, consid. 3b/cc). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2).

**4. a)** Sur le plan médical, les Drs C.\_\_\_\_\_, F.\_\_\_\_\_, A.\_\_\_\_\_  
et Q.\_\_\_\_\_ diagnostiquent une discopathie accentuée L4-L5 et une hernie discale postéro-médiane. Le Dr S.\_\_\_\_\_ diagnostique des lombosciatalgies à bascule sur instabilité L4-L5 (macro-instabilité et discopathie étagée L4-L5, L5-S1). Le 13 avril 2007, la Dresse K.\_\_\_\_\_, indique une discopathie dégénérative L4-L5 mais ne retrouve pas la hernie médiane luxée vers le bas à droite décrite préalablement; elle observe en outre une protrusion discale circonférentielle au niveau L4-L5 qui se poursuit au niveau foraminal.

Seuls les Drs C.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ se prononcent sur la capacité de travail. Ils sont tous deux d'avis qu'elle est nulle dans l'activité habituelle de la recourante. Ils divergent en revanche quant à sa capacité de travail dans une activité adaptée, le Dr C.\_\_\_\_\_ l'estimant dans son rapport du 12 juillet 2007 de 3 à 4 heures par jour alors que le Dr S.\_\_\_\_\_ l'estime à 80%. Le Dr S.\_\_\_\_\_ est spécialiste en médecine physique et rééducation. Son rapport médical est fondé sur l'ensemble du dossier et sur l'examen clinique de la recourante. Il est complet et motivé. Ses conclusions sont claires et précises. Il doit être préféré aux conclusions du Dr C.\_\_\_\_\_, lequel est spécialiste en médecine interne et dont les rapports sont peu documentés.

Il ne résulte enfin pas des rapports médicaux établis ultérieurement à celui du Dr S.\_\_\_\_\_ qu'il y ait eu une aggravation de l'état de santé de la recourante.

En conséquence, le rapport du Dr S.\_\_\_\_\_ a valeur probante.

**b)** La recourante allègue souffrir de problèmes psychiques. Il n'y a aucun rapport médical au dossier faisant état de tels troubles.

**c)** Il y a dès lors lieu de retenir une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée dès le 30 mars 2005.

**5.** L'OAI a ordonné des mesures professionnelles, lesquelles ont été interrompues, la recourante estimant ne pas pouvoir travailler.

**a)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit à des mesures de réadaptation pour autant (a) que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels et (b) que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. Les mesures de réadaptation comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) (art. 8 al. 3 let. b LAI). 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. Cette disposition est précisée par l'art. 6 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), qui définit la notion de reclassement et précise les frais pris en charge par l'assurance.

**b)** Le droit à une mesure de réadaptation déterminée de l'assurance-invalidité présuppose qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en rapport avec la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en oeuvre une mesure ou y mettre

fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007, consid. 3.1; TFA I 370/98 du 26 août 1999, publié in VSI 2002 p. 111).

**c)** Selon l'art. 21 al. 4 LPGA (voir également l'art. 7 al. 1 LAI), les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain; une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée.

Le sens et le but de la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA est de rendre l'assuré attentif aux conséquences négatives possibles d'une attitude rénitente à collaborer, afin qu'il soit à même de prendre une décision en pleine connaissance de cause et, le cas échéant, de modifier sa conduite; une telle procédure doit s'appliquer même lorsque l'assuré a manifesté de manière claire et incontestable qu'il n'entendait pas participer à un traitement ou à une mesure de réadaptation (TF I 552/06 du 13 juin 2007, consid. 4.1; TFA I 605/04 du 11 janvier 2005, consid. 2 et les références, publié in SVR 2005 IV n° 30 p. 113). Ainsi, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle entrant en considération concrètement) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (TF 9C\_100/2008 du 4 février 2009, consid. 3.2).

**d)** Ainsi qu'il ressort des pièces figurant au dossier administratif, l'OAI a omis en l'espèce de procéder à la mise en demeure formelle de la recourante requise par la loi, ce qui constitue une violation du droit fédéral. La cause doit dès lors être renvoyée à l'OAI, afin qu'il statue à nouveau sur le droit à des mesures d'ordre professionnel après avoir procédé à la sommation légale prévue à l'art. 21 al. 4 LPGA.

**6. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour qu'il procède conformément aux considérants du présent arrêt.

**b)** Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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). Ceux-ci sont supportés par la partie qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Le présent arrêt sera donc rendu sans frais. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante ayant procédé sans l'assistance d'un mandataire et n'ayant donc pas dû engager de frais pour défendre ses intérêts (art. 55 al. 1 LPA-VD; art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est admis.
  
- II.** La décision rendue le 18 janvier 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause est renvoyée à cette autorité pour qu'elle procède conformément aux considérants du présent arrêt.
  
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Mme G. \_\_\_\_\_,
- 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).

Le greffier :