

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 2 mai 2011

---

Présidence de M. NEU  
Juges : M. Dind et Mme Thalmann  
Greffière : Mme Berberat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à Renens, recourante, représentée par Me Philippe Graf, avocat auprès de la Fondation suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** R.\_\_\_\_\_, née en 1958, a travaillé en qualité de caissière-vendeuse auprès du magasin T.\_\_\_\_\_ dès le 22 juin 1998. Souffrant de douleurs vertébrales depuis une vingtaine d'années, elle a subi le 15 novembre 2000 une intervention chirurgicale sous la forme d'une cure de hernie discale complétée par une spondylodèse postérieure et mise en place d'une cage inter-somatique du même niveau. En raison d'une évolution favorable, la prénommée a pu reprendre son activité professionnelle antérieure de caissière-vendeuse auxiliaire auprès du magasin T.\_\_\_\_\_ de [...] où elle travaillait à 50 %. Dès la fin 2001, elle a postulé pour un poste identique, mais à 100 % au [...]. En 2003 probablement, l'assurée a été victime d'une chute de sa hauteur se réceptionnant sur le dos, ce qui a entraîné une décompensation de l'équilibre vertébral. En arrêt de travail à 100 % dès le 25 avril 2005, elle n'a pu reprendre son emploi qu'à 50 % dès le 27 juin 2005, avant d'être à nouveau en incapacité de travail depuis le 2 novembre 2005 pour une durée indéterminée. Par courrier du 27 octobre 2005, l'employeur a résilié le contrat de travail de l'assurée pour le 31 janvier 2006.

Le 23 janvier 2006, l'assurée a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) tendant à l'octroi d'un moyen auxiliaire (corset sur mesure) en raison d'une hernie discale droite, de spondylodèse L5-S1, avec CD-Horizon et PLIF le 15 novembre 2000. Par décision du 17 mai 2006, l'OAI a octroyé à l'assurée des orthèses du tronc au sens du chiffre 2.03 OMAI.

Dans l'intervalle, soit le 29 mars 2006, R.\_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente en raison de problèmes de dos.

Dans un rapport médical du 20 avril 2006, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique, réhabilitation et de la colonne vertébrale, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité

de travail de l'assurée de lombosciatalgie dans un contexte de status après cure de hernie discale L5-S1 et spondylodèse par vis pédiculaire et mise en place de cage, de discopathie dégénérative et instabilité segmentaire L4-L5 et de déconditionnement physique global et locorégional. Il a estimé que les diagnostics d'état anxio-dépressif, d'amblyopie post-traumatique à l'âge de 18 mois, de status après décompression du nerf médian au tunnel carpien en 2004 et de surcharge pondérale n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail de sa patiente. Il a attesté une incapacité de travail à 50 % dès le 27 juin 2005 et à 100 % du 24 novembre 2006 au 31 janvier 2006 et a précisé ce qui suit s'agissant de la thérapie et du pronostic :

" Madame R. \_\_\_\_\_ souffre d'une lombo-sciatalgie bilatérale, sans trouble irritatif neurogène, dans un contexte de discopathie dégénérative évolutive de l'étage sus-spondylodésé (L5-S1) avec micro-instabilité segmentaire. Sur le plan fonctionnel par contre, on déplore un sévère déconditionnement physique global tant axial que périphérique, des dysbalances musculaires (secteur sous-pelvien antérieur, psoas, carrés lombaires et érecteurs lombaires), une mauvaise conscience corporelle et une souffrance digestive. Ce tableau intriqué explique la souffrance le surmenage des éléments facettaires postérieurs, inadaptés à assumer de telles contraintes. Cette surcharge postérieure résulte de l'effondrement de l'élément discal L4-L5 avec perte de l'effet amortisseur, à l'origine d'un véritable télescopage facettaire, et de l'instabilité segmentaire.

En toile de fond, se dessinent des difficultés socio-familiales (peur de la nouvelle récurrence douloureuse avec implication thérapeutique et handicap fonctionnelle, réorientation professionnelle, souci financier, peur irrationnelle des séquelles de son ancienne intervention chirurgicale et des mesures antalgiques instrumentales).

Autant d'éléments, qui ont favorisé ce comportement musculaire incohérent et inadapté, aboutissant à une kinésiophobie et à un comportement fonctionnel stéréotypé, problématique se combinant aux méfaits d'une récupération nocturne insuffisante, d'une déficience posturale, expliquant aisément la sursollicitation des zones charnières. Avec le temps, il s'est installé ainsi un état d'épuisement combiné, physique et psychologique, expliquant clairement les tensions retrouvées au niveau corporel.

Idéalement on devrait procéder à une analyse plus spécifique des sources nociceptives principales, comportant d'emblée une analyse par bloc discal, pour mieux étudier la détérioration du joint discal et ses répercussions neuro-

méningées. Malheureusement ces mesures ont été refusées pour le moment. L'accent thérapeutique devrait être porté sur les corrections des dysbalances musculaires, amélioration dans la mesure du possible de la stabilisation du plan musculaire profond et port d'un corset en cutil baleiné pour plus d'une année dans l'optique de ne pas entrer dans le cercle vicieux de douleurs puis de majoration du déconditionnement physique".

Le Dr H.\_\_\_\_\_ a ajouté que le pronostic était réservé et qu'une reprise d'activité professionnelle comme manutentionnaire légère lui paraissait non adaptée.

Dans l'intervalle V.\_\_\_\_\_, assureur perte de gains de l'assurée, a remis à l'OAI un rapport d'expertise du 10 mars 2006 établi par le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne. Ce praticien a considéré que d'un point de vue rhumatologique seul, on pouvait retenir une reprise d'activité partielle à 50 % dans une activité légère, excluant les ports de charges au-delà de 15 kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et autorisant l'alternance de la position assise et debout dans un délai de 3 mois, laps de temps justifié dans l'attente de bénéfices à attendre de la prise en charge actuelle instaurée par le Dr H.\_\_\_\_\_. Il a enfin constaté que la capacité de travail de l'intéressée était nulle dans son activité professionnelle de vendeuse-caissière.

Dans un rapport médical du 29 juin 2006, le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée dès 2003 pour ses lombalgies, a relevé ce qui suit à propos du pronostic :

" (...) malgré les mesures précoces pour un reconditionnement physique prises, on assiste à une chronification de la douleur, un état d'épuisement physique et psychologique, et je doute que cette patiente puisse reprendre une activité de caissière, la qualité de sa musculature paravertébrale n'étant pas suffisante pour " verrouiller " son dos".

**b)** Au vu de ces éléments, l'OAI a sollicité l'avis de son service médical (SMR) qui a retenu que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de vendeuse-caissière et qu'elle était de 50 % dès la

fin juin 2006 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (avis médical du 9 octobre 2006).

Dans le cadre d'un entretien du 26 février 2007 relatif aux possibilités d'une réadaptation, l'assurée a précisé qu'elle ne se voyait pas reprendre une activité professionnelle en raison d'une aggravation de son état de santé. Après avoir visité le Centre B.\_\_\_\_\_ le 19 avril 2007, l'intéressée a souhaité l'octroi d'une rente tout en ajoutant qu'elle voulait bien essayer de se réadapter si elle n'en avait pas le choix.

Par communication du 5 juin 2007 relative à une observation professionnelle nécessaire (art. 69 RAI), l'OAI a indiqué qu'il prenait en charge les frais de l'évaluation durant 3 mois dès que possible à un taux de 50 %.

L'assurée a finalement débuté pour 3 mois un stage au Centre B.\_\_\_\_\_ dès le 22 août 2007 à mi-temps, mais qui a dû être interrompu de manière prématurée en date du 7 octobre 2007. Dans un rapport de synthèse du 19 octobre 2007 établi à l'issue du stage, le Conseil de direction a indiqué que la mesure avait été interrompue le 7 octobre 2007 sur décision de l'OAI, prise lors de l'entretien du bilan intermédiaire du 4 octobre 2007, d'un commun accord avec l'assurée et les maîtres de réadaptation. Lors de cet entretien, l'intéressée avait déclaré ne pas vouloir être placée dans un emploi du domaine tertiaire (employée de bureau ou réceptionniste-téléphoniste, dans un EMS ou domaine hospitalier par exemple), alors que les conclusions des maîtres de réadaptation allaient vers une aptitude à la réadaptation dans ce domaine et qu'un stage en entreprise devait être organisé. Le comportement de l'assurée durant l'entretien avait été qualifié de peu encourageant (plaintes, larmes, affirmations selon lesquelles le dossier médical en main de l'AI n'était pas actualisé). Par ailleurs, l'intéressée aurait dû suivre le stage à mi-temps réparti sur les 5 jours. En accord avec le médecin-consultant et l'OAI, l'assurée a suivi la mesure en venant 2 jours et demi par semaine, cette dernière craignant une surcharge de fatigue si elle devait faire plus de 2 heures de déplacement par jour.

Dans un rapport médical du 3 novembre 2007, le Dr H. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'une part, de lombosciatalgie dans un contexte de status après cure de hernie discale L5-S1 et spondylodèse par vis pédiculaire et mise en place de cage, de discopathie dégénérative et instabilité segmentaire L4-L5, d'étroitesse canalaire relative, de déconditionnement physique global et locorégional, de défaut de conscience corporelle et de kinésiophobie et d'autre part, de cervico-brachialgie droite sur souffrances algofonctionnelles et composante tensionnelle. Il a attesté une incapacité de travail à 50 % dès le 27 juin 2005 et à 100 % du 24 novembre 2006 pour une durée indéterminée, mais toujours en cours. Il lui paraissait qu'une reprise d'activité professionnelle comme manutentionnaire n'était pas adaptée.

Dans un rapport médical du 13 décembre 2007, le Dr F. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de lombosciatalgies bilatérales à prédominance droite dans un contexte de status après cure de hernie discale L5-S1 et spondylodèse et mise en place d'une cage intersomatique L5-S1, ainsi que de discopathie dégénérative et instabilité segmentaire L4-L5. Il a attesté une totale incapacité de travail dès le 2 novembre 2005, tout en estimant que l'état de santé de sa patiente allait en s'aggravant. Il a mentionné que depuis son rapport médical de juin 2006, il suivait essentiellement sa patiente pour le traitement de sa douleur chronique. Compte tenu des cervico-brachialgies droites dont se plaignait sa patiente et qui étaient survenues après 15 minutes de dactylographie, il l'avait adressée en novembre 2007 au Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, qui au terme de son examen clinique avait exclu toute atteinte radiculaire ou tronculaire à l'origine des plaintes nouvelles formulées par l'assurée, considérant que l'intéressée souffrait plutôt d'une fibromyalgie (rapport du 19 novembre 2007).

Par avis médical du 21 avril 2008, le SMR a estimé qu'il n'était pas possible d'admettre une capacité de travail inférieure au taux de 50 % exigible selon le rapport d'examen du SMR d'octobre 2006 compte tenu de l'absence d'aggravation déduite des éléments suivants :

" Le Dr H. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 03.11.2007, annonce une IT totale depuis le 24.11.2006 (sans qu'on comprenne pourquoi) ; il explique l'état d'épuisement combiné, physique et psychologique, constate qu' »objectivement, l'examen clinique ne permet pas de mesurer avec pertinence l'importance des limitations fonctionnelles décrites ». Le Dr H. \_\_\_\_\_ n'apporte pas les preuves d'une aggravation depuis le rapport d'examen SMR du 09.10.2006. Le Dr F. \_\_\_\_\_, médecin traitant, estime que l'état de santé s'aggrave ; il suit Madame pour le traitement de sa douleur chronique ; si Madame annonce une aggravation, plus particulièrement des douleurs, l'examen clinique était en 12.2007 superposable à celui de mai 2006 ; d'ailleurs le Dr S. \_\_\_\_\_ a pu exclure en 11.2007 une atteinte radiculaire ou tronculaire, à l'origine des cervicobrachialgies. Là encore, les éléments médicaux ne permettent pas d'objectiver une aggravation ".

**c)** En date du 11 septembre 2008, l'OAI a adressé à R. \_\_\_\_\_ un projet de décision d'acceptation d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> avril 2006 (fin du délai d'attente d'un an) au 30 septembre 2006 (soit après 3 mois d'amélioration depuis le mois de juillet 2006), puis d'un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> octobre 2006. Se fondant sur les pièces médicales en sa possession, il a considéré que la capacité de travail de l'assurée était de 50 % dès la date précitée dans une activité adaptée à son état de santé, c'est-à-dire une activité excluant les ports de charges au-delà de 15 kg, les mouvements du rachis en porte-à-faux et la position statique assis-debout. L'OAI a dès lors procédé à une évaluation théorique de sa capacité de gain. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'019 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive (secteur privé; production et services) en 2006, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2006 (41.7 heures) et d'un abattement de 5 %, l'OAI a estimé que l'assurée était en mesure de réaliser un revenu annuel de 23'881 fr. 90. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 46'150 fr. en 2006, mettait en évidence une perte de gain de 22'268 fr. 10, ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 48.25 %, taux suffisant pour ouvrir le droit à une demi-rente.

Par décision du 16 avril 2009, sa motivation datant du 5 mars 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision du 11 septembre 2008. Par

lettre du 25 septembre 2009, l'OAI s'est déterminé par rapport à une nouvelle jurisprudence du TF relative au seuil minimum de parallélisation fixé désormais à 5 %, mais qui ne trouvait pas application dans le cas de l'assurée. Par ailleurs, le mandataire de l'assurée n'ayant pas reçu la décision du 16 avril 2009, l'OAI a estimé qu'il y avait lieu de procéder à un nouvel envoi par courrier recommandé avec un nouveau délai de recours.

**B. a)** Par acte de son mandataire du 27 octobre 2009, R. \_\_\_\_\_ interjette recours contre cette décision et conclut, sous suite de frais et dépens, à la réforme de la décision attaquée, c'est-à-dire à la reconnaissance du droit à une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> avril 2006, puis du droit à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> octobre 2006. La recourante critique le taux d'abattement de 5 % retenu par l'intimé qui s'est référé aux limitations fonctionnelles énumérées dans le rapport du SMR du 9 octobre 2006. Elle estime que l'intimé n'a pas tenu compte des aspects subjectifs liés aux limitations fonctionnelles, soit une kinésiophobie, un état d'épuisement combiné, physique et psychologique, une fibromyalgie, l'œil droit aveugle (attestation médicale du 31 août 2007 de la Dresse C. \_\_\_\_\_, ophtalmologue), ainsi qu'un emploi durant de nombreuses années auprès du même employeur et à temps partiel. Enfin, le taux d'abattement retenu a conduit l'intimé à fixer le degré d'invalidité à 48.25 %, soit 1.75 % inférieur au degré qui donne droit à une demi-rente, posant ainsi la question d'un abus de droit.

**b)** Dans sa réponse du 8 février 2010, l'intimé a indiqué qu'une réduction de 5 % sur le revenu d'invalidé était conforme à la jurisprudence actuelle au vu des facteurs de réduction. Il s'est référé à une lettre explicative du 5 mars 2009 envoyée au mandataire de la recourante, ainsi qu'à un avis médical du SMR du 3 février 2010, fondé sur un examen systématique des arguments avancés par l'assurée.

**c)** Dans sa réplique du 8 mars 2010, la recourante a confirmé qu'elle ne remettait pas en cause l'évaluation de la capacité résiduelle de travail faite par l'intimé. Elle a cependant indiqué avoir présenté des

motifs pertinents de substituer son appréciation à celle de l'intimé. Par ailleurs, elle a estimé que le revenu sans invalidité devait être fixé à 50'277 fr. 69 et non à 46'150 fr, ce dernier, indiqué par la T. \_\_\_\_\_ (questionnaire pour l'employeur du 22 mai 2006), étant nettement inférieur à la moyenne statistique. A cet égard, elle a précisé n'avoir travaillé que du 21 juin 2005 au 31 janvier 2006 et de ne pas s'être délibérément contentée de ce salaire.

**d)** Dans sa duplique du 7 avril 2010, l'intimé s'est référé à la décision querellée, ainsi qu'à son écriture du 8 février 2010.

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

**1. a)** Interjeté le 26 octobre 2009, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]).

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** En l'espèce, est litigieuse la question du droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement son taux d'incapacité de gain.

**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 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20; 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 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

**b)** 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux

importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**3. a)** En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante présente une lombo-sciatalgie bilatérale, sans trouble irritatif neurogène, dans un contexte de discopathie dégénérative évolutive de l'étage sus-spondylodésé (L5-S1) avec micro-instabilité segmentaire (rapports médicaux des 20 avril 2006 et 3 novembre 2007 du Dr H.\_\_\_\_\_, des 29 juin 2006 et 13 décembre 2007 du Dr F.\_\_\_\_\_. Excluant toute atteinte au rachis ou au tronc, le Dr S.\_\_\_\_\_ a estimé que compte tenu des insertions tendineuses toutes sensibles non seulement au niveau des membres supérieurs mais également des membres inférieurs, une bonne partie des plaintes formulées par la patiente au niveau du rachis cervico-dorso-lombaire et des quatre extrémités était à mettre en relation avec une forme de fibromyalgie (rapport du 19 novembre 2007). Cet élément avait déjà été évoqué par le Dr K.\_\_\_\_\_, expert rhumatologue mandaté par l'assureur perte de gain, qui n'a finalement pas retenu ce diagnostic (rapport d'expertise médicale du 10 mars 2006, p. 7).

Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale,

l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353, consid. 2.2.2; TFA du 9 octobre 2001, I 382/00, consid. 2b).

Or, sur le plan psychiatrique, le Dr F.\_\_\_\_\_ a estimé que l'état anxio-dépressif, traité par Paroxétine 20mg/j, n'engendrait aucune incapacité de travail (rapport médical du 29 juin 2006). Il a confirmé cet élément ultérieurement, en précisant que le reste du status pratiqué le 12 décembre 2007 était superposable à celui décrit en mai 2006 (rapport du 13 décembre 2007), considérant ainsi qu'aucune aggravation n'était intervenue dans l'intervalle. Le Dr F.\_\_\_\_\_ n'a plus fait mention de médication anti-dépressive pas plus qu'il n'a signalé un suivi psychiatrique spécialisé qui aurait pu expliquer l'absence de traitement spécifique. Le Dr H.\_\_\_\_\_ qui a examiné l'intéressée aux mêmes périodes que le Dr F.\_\_\_\_\_, a également constaté l'absence de répercussion de l'état anxio-dépressif sur la capacité de travail de l'assurée (rapports médicaux des 20 avril 2006 et 3 novembre 2007), estimant tout au plus que la recourante devait poursuivre son support psychologique auprès de son médecin traitant.

**b)** S'agissant de l'évaluation de l'incapacité de travail, le Dr H.\_\_\_\_\_ a considéré qu'elle devait être fixée à 100 % du 24 novembre 2006 au 31 janvier 2006, puis à 50 % dès le 27 juin 2005 (rapport du 20 avril 2006). Dans un rapport ultérieur, soit celui du 3 novembre 2007, il a indiqué que sa patiente présentait une incapacité totale de travail depuis le 24 novembre 2006 sans faire état d'une aggravation, les diagnostics retenus étant superposables, le Dr H.\_\_\_\_\_ faisant tout au plus état d'un contexte de défaut de conscience corporelle, de kinésiophobie et d'un état d'épuisement combiné (physique et

psychologique), éléments toutefois insuffisants pour retenir une atteinte à la santé physique incapacitante (avis médical du SMR du 3 février 2010).

**c)** Au vu des éléments décrits ci-dessus, il y a lieu de considérer que la recourante présente une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de caissière et qu'elle dispose d'une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée, soit répondant aux limitations fonctionnelles décrites, après les 3 mois de prise en charge multidisciplinaire auprès du Dr H. \_\_\_\_\_ (rapport d'expertise médicale du 10 mars 2006 du Dr K. \_\_\_\_\_, p. 8). Certes, il s'est avéré par la suite que la recourante était devenue réfractaire aux thérapies touchant à son corps. Toutefois, comme l'a mentionné à juste titre le SMR, cette kynésiophobie n'empêchait pas l'assurée de mettre en place les mesures d'épargne du rachis, ainsi que celles tendant à améliorer la mobilisation et la tonification musculaire (avis médical du SMR du 3 février 2010).

**4.** Cela étant, il s'agit de déterminer la perte de gain que subirait la recourante dans l'exercice d'une activité médicalement exigible.

**a)** L'invalidité, notion juridico-économique et non médicale, est évaluée, chez les assurés actifs, en comparant le revenu que l'intéressé pourrait obtenir en exerçant une activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidé) avec le revenu qu'il aurait eu s'il n'était pas devenu invalide (revenu sans invalidité), ce qui correspond à la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA). La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalidé a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente

(ATF 134 V 64 consid. 4.2.1, ATF 110 V 273 consid. 4b). Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'œuvre (Pratique VSI 6/1998 p. 296 consid. 3b et les références citées). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C\_446/2008 du 18 septembre 2008, 9C\_236/2008 du 4 août 2008 et I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3; Pratique VSI 6/1999 p. 247 consid. 1 et les références citées).

La comparaison des revenus (revenu avec invalidité et revenu sans invalidité) s'effectue, en règle ordinaire, 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 (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29, consid. 1; 104 V 135, consid. 2a et 2b).

**b)** Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalide (ATF 126 V 75, consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

Les éventuelles réductions du salaire statistique dépendent des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les

limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité/catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération. Il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25 % (ATF 126 V 75, consid. 5b/cc).

Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé 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 129 V 222, consid. 4.3.1).

Lorsqu'un assuré réalise un revenu nettement inférieur à la moyenne en raison de facteurs étrangers à l'invalidité et qu'il ne désire pas s'en contenter délibérément, il convient d'abord d'effectuer un parallélisme des deux revenus à comparer. En pratique, celui-ci peut être effectué soit au regard du revenu sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalidé en réduisant de manière appropriée la valeur statistique (ATF 134 V 322). Lorsque la réalisation d'un revenu d'invalidé situé dans la moyenne apparaît raisonnablement possible et exigible, il n'y a pas lieu d'adapter en conséquence le revenu sans invalidité qui serait inférieur à la moyenne pour des motifs d'ordre économique. Cela n'est pas constitutif d'une inégalité de traitement à l'égard des personnes à faible revenu (ATF 135 V 58).

Lorsque le taux à partir duquel un revenu sans invalidité est inférieur à la moyenne d'au moins 5 % au salaire statistique usuel dans la branche, le revenu effectivement réalisé est nettement inférieur à la moyenne au sens de l'ATF 134 V 322, consid. 4, et il peut - si les autres conditions sont réalisées - justifier un parallélisme des revenus à

comparer (cf. en particulier ATF 135 V 297, consid. 6.1.2). Ce parallélisme doit porter seulement sur la part qui excède le taux minimal déterminant de 5 % (ATF 135 V 297, consid. 6.1.3). Les conditions de la déduction résultant du parallélisme des revenus à comparer et de l'abattement pour circonstances personnelles et professionnelles sont dans une relation d'interdépendance, dans la mesure où 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).

**5. a)** Pour déterminer le revenu d'invalidé de la recourante, il convient de se référer au revenu résultant des données ESS pour des activités simples et répétitives dont un certain nombre aurait été exigible à 50 % (TFA du 3 octobre 2007 I 931/06, consid. 5.4). En effet, on doit convenir qu'un marché du travail équilibré offre un nombre significatif de postes de travail excluant les ports de charges au-delà de 15 kg, les mouvements du rachis en porte-à-faux et la position statique assis-debout et pouvant, par ailleurs, être occupés sans risque ni difficulté particulière par une personne atteinte d'une importante diminution de l'acuité visuelle d'un œil.

En l'espèce, seul le niveau de qualification 4 correspondant aux activités simples et répétitives entre ici en considération, à savoir en 2006, 4'019 fr. par mois (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, [ESS], secteur privé; production et services). Compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2006 (41.7) et en tenant compte d'un salaire annuel (X12), le salaire déterminant en 2006 est de 50'277 fr. 69, soit 25'138 fr. 85 à 50 %.

**b)** En ce qui concerne la réduction pour des motifs personnels et professionnels, on note que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son 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 (TF du 21 janvier 2008 I 133/07, consid. 2.3; ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références citées).

En l'espèce, l'intimé a réduit le revenu d'invalidé de l'assurée de 5 %, ce qui correspond à la déduction globale minimale sur le salaire statistique. L'intimé n'a ainsi retenu que la prohibition des activités lourdes, des mouvements du rachis en porte-à-faux et de la position statique assis-debout, sans tenir compte de critères tels que le taux d'occupation de l'intéressée (50 %) et la faiblesse de son acuité visuelle. En effet, contrairement à l'opinion de l'intimé, le taux d'activité partiel de la recourante est susceptible d'avoir une influence sur son revenu (TF du 20 novembre 2009, 9C\_142/2009, consid. 4.2), cette dernière n'étant pas apte à travailler à plein temps (TF du 9 décembre 2008, 9C\_177/2008, consid. 4.3. a contrario). Par ailleurs, l'intimé s'est référé aux limitations fonctionnelles mises en évidence par le SMR (rapport d'examen du 9 octobre 2006) pour fixer le taux d'abattement à 5 % sans mentionner l'absence d'acuité visuelle à droite qui n'est pas sans conséquence sur une activité d'aide de bureau (tâches de classement et de scannage). Cet élément a d'ailleurs été relevé par le Centre B.\_\_\_\_\_ (rapport de synthèse du 19 octobre 2007, p. 13 et par la Dresse C.\_\_\_\_\_ (attestation médicale du 31 août 2007). En tout état de cause, compte tenu des limitations fonctionnelles présentées par l'assurée, la réduction opérée apparaît clairement trop basse, voire abusive par rapport à des cas similaires liés à une hernie discale et aux limitations fonctionnelles qui en découlent (notamment TF du 12 janvier 2007, I 700/05). Dès lors, la Cour de céans considère que l'appréciation de l'intimé n'est pas satisfaisante au regard des circonstances particulières du cas d'espèce, l'intimé n'ayant pas tenu compte équitablement de la situation personnelle de la recourante. Apprécies dans leur globalité, ces éléments légitiment que l'on retienne un abattement de 10 % au moins.

**c)** Un calcul du taux d'invalidité selon les règles topiques dégagées par la jurisprudence permet d'aboutir à une solution autre que celle retenue par l'intimé. En effet, compte tenu d'une capacité de travail

de 50 % et d'une déduction de 10 % sur le salaire statistique, le revenu d'invalidité s'élève à 22'624 fr. 95. En comparant ce montant avec le revenu sans invalidité de 46'150 fr. 40, on obtient un taux d'incapacité de gain de 51 % (arrondi), lequel ouvre le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> octobre 2006 en lieu et place du quart de rente octroyé.

Vu les circonstances, on peut renoncer à se demander si le revenu sans invalidité aurait dû être examiné sous l'angle du parallélisme des revenus. Le Tribunal fédéral a en outre précisé que les conditions de la déduction résultant du parallélisme des revenus et de l'abattement pour circonstances personnelles et professionnelles sont dans une relation d'interdépendance, dans la mesure où les facteurs qui ont une influence sur le revenu ne peuvent pas justifier à la fois la déduction en raison du parallélisme des revenus à comparer et un abattement pour circonstances personnelles et professionnelles (ATF 135 V 297).

**6. a)** Il se justifie par conséquent d'admettre le recours, d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'OAI afin qu'il détermine la quotité des prestations à servir à la recourante.

**b)** La recourante qui obtient gain de cause a droit à des dépens qu'il convient de fixer à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPG, 55 LPA-VD). Il n'est pas perçu de frais de justice (art. 49 al. 1 et 52 al. 1 LPA-VD).

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

**I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 16 mars 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que R.\_\_\_\_\_ a droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2006.
- III.** La cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud afin qu'il détermine la quotité des prestations à servir à R.\_\_\_\_\_.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.
- V.** Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Graf (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent

être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :