

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 4 février 2014

---

Présidence de       Mme     THALMANN  
Juges     :       Mme Di Ferro Demierre et M. Gutmann, assesseur  
Greffier       :       Mme     Parel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à Renens, recourant, représentée par DAS Protection juridique  
SA, à Etoy,

et

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

---

**Art. 4, 17 et 28 LAI; 16 LPGA**

## **E n f a i t :**

**A.** Le 4 avril 2005, B.\_\_\_\_\_, née en 1965 (ci-après : l'assurée ou la recourante), mariée et mère de deux enfants nés en 1992 et 1993, a déposé une demande de rente AI, en expliquant qu'elle était en incapacité de travail depuis le mois de novembre 2004 en raison d'une fibromyalgie et d'un tassement de vertèbres, présents depuis 2002.

Selon le questionnaire pour l'employeur rempli le 3 mai 2005, l'assurée a travaillé comme ouvrière, par l'intermédiaire d'une société de placement intérim, chez D.\_\_\_\_\_ du 30 décembre 2002 au 2 janvier 2005 pour un salaire horaire de 24 fr. 30. Sous chiffres 30 et 31 de l'annexe produite par l'employeur intitulé "annexe au décompte individuel pour l'assurance-chômage", on peut lire que l'assurée n'a pas perçu de salaire notamment durant la période du 19 juillet au 1<sup>er</sup> août 2004. Sous chiffre 44, il est indiqué que le gain assuré pour la période du 25 octobre au 31 octobre 2004, représentant 40 heures de travail pour 5 jours de travail s'élève à 972 fr., indemnité de vacances de 74 fr. 74 comprise.

Le 26 avril 2005, l'assurée a déclaré à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) qu'en bonne santé elle travaillerait comme ouvrière à 100 %.

Dans un rapport du 17 décembre 2002, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, conclut (IRM du rachis cervical, dorsal et lombaire) à des tassement vertébraux anciens de D4 et de D8, à une discrète syringo-hydromyélie en D8-D9 sans autre anomalie médullaire et à une hernie discale L5-S1 gauche.

Il résulte du rapport médical du 20 juin 2005 du Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, qu'en date du 13 mai 2003 il a pratiqué l'intervention suivante : blocs facettaires L4-L5 bilatéraux sous guidage radioscopique. Le 17 juin 2003, il a procédé à une injection antalgique sous guidage radioscopique; il a répété la même intervention le 5 janvier

2004. Le 15 juillet 2004, il a posé le diagnostic de cervicalgies et a pratiqué l'intervention suivante : blocs facettaires C5-C6 bilatéraux sous guidage radioscopique.

Dans un rapport médical du 2 mars 2005, le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie exerçant au Service de rhumatologie du Centre hospitalier I. \_\_\_\_\_ (ci-après : I. \_\_\_\_\_), a diagnostiqué une fibromyalgie et des troubles statiques et dégénératifs rachidiens avec séquelles de dystrophie vertébrale de croissance lombaire dans le cadre d'un déconditionnement physique global et focal.

Le 14 mars 2005, le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a posé comme diagnostic une fibromyalgie. Il a précisé que l'examen neurologique ne permettait d'objectiver qu'une hyporéflexie achilléenne gauche qui était probablement une séquelle de la hernie discale L5-S1 paramédiane gauche. Il n'y avait pas de signe en faveur d'une myélopathie dorsale, de sorte qu'il n'avait pas d'explication neurologique quant à l'origine des douleurs diffuses qui étaient par conséquent probablement en relation avec une fibromyalgie.

Dans un rapport médical du 7 août 2005, le Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, a indiqué comme diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail une fibromyalgie, ainsi que des troubles statiques et dégénératifs rachidiens avec séquelles de dystrophie vertébrale de croissance lombaire. Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu des troubles fonctionnels veino-lymphatiques. Il estimait l'incapacité de travail totale depuis le 30 décembre 2004 dans toute activité et précisait que l'assurée n'arrive même plus à accomplir les actes ordinaires de la vie.

Le 13 décembre 2006, les Drs J. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et Z. \_\_\_\_\_, psychiatre, du Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), ont pratiqué un examen rhumato-psychiatrique; il résulte de leur rapport, contresigné par la Dresse T. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, notamment ce qui suit :

"Vie quotidienne

L'assurée se lève vers 08 h, elle boit un café seule et elle prend sa douche. C'est son mari qui réveille les enfants. Par la suite, elle regarde la TV dans le salon, range le lit avec son mari. En ce qui concerne le ménage, c'est son mari qui s'occupe de l'aspirateur, de la lessive et le repassage. Le repas est préparé si c'est léger par l'assurée, si c'est plus important par son mari ou son fils. En outre, ils habitent au-dessous d'un restaurant où en général ils passent des commandes. Le couple va ensemble faire les commissions. La famille mange ensemble à midi. Ensuite, l'assurée dessert la table, le mari fait la vaisselle. En début d'après-midi, elle va au rendez-vous chez le médecin ou d'autres thérapeutes. Entre 15 et 17 h, elle discute avec les voisins. Le soir, la famille mange vers 19 h. A nouveau, l'assurée va desservir la table, et ensuite le couple boit un thé ensemble. Par la suite, soit ils vont marcher pendant une quinzaine de minutes, soit en hiver, ils discutent en famille ou reçoivent les téléphones de la famille. L'assurée dit se coucher vers minuit, voire une heure. Elle ne signale pas de difficultés d'endormissement avec les traitements prescrits, Elle se réveille fréquemment la nuit à cause des douleurs.

(.....)

**DIAGNOSTIC**

**- avec répercussion sur la capacité de travail :**

- lombalgies chroniques persistantes (M 51.3) :
  - o discopathies L4-L5-L5-S1
  - o hernie discale L4-L5 para-médiane-foraminale G
- cervicalgies chroniques

**- sans répercussion sur la capacité de travail :**

- majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0)

(...)

**Les limitations fonctionnelles psychiatriques :** aucune.

**Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?** Dans son rapport du 07.08.2005 le médecin traitant, le Dr Laurent X. \_\_\_\_\_ de Renens, retient une incapacité de travail de 100 % depuis le 30.12.2004.

Sur le plan psychiatrique, sans objet.

**Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?** Depuis lors, l'assurée n'a plus exercé d'activité professionnelle et elle a sensiblement diminué ses activités domestiques. Sur la base toutefois de l'analyse objective et rigoureusement biomécanique qu'il a été possible de faire lors de la présente évaluation de l'assurée, il est possible d'admettre que, dans une activité professionnelle respectant strictement les limitations fonctionnelles énumérées ci-dessus, l'assurée aurait pu exercer une activité professionnelle à 100 %.

Sur le plan psychiatrique, sans objet.

**Concernant la capacité de travail exigible,** en l'absence de psychopathologie incapacitante, elle est tributaire exclusivement des lésions musculo-squelettiques objectives. A cette enseigne, une activité professionnelle respectueuse des limitations fonctionnelles énumérées ci-dessus est possible à 100 % et également exigible à 100 % en accord avec les dispositions jurisprudentielles actuellement en vigueur, vu l'absence précisément d'atteinte à la santé psychique incapacitante.

**CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE**

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 0 %.

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100 %.

DEPUIS LE : 30.12.2004."

Le 26 avril 2007, l'OAI a établi une fiche de calcul indiquant que, selon les renseignements fournis par l'employeur, le revenu sans invalidité pour l'année 2004 s'élevait à 49'289 fr. 90 (24 fr. 30 x 42,5 x 4,33 x 11).

Dans un rapport du 2 juillet 2007, le Dr C. \_\_\_\_\_ a notamment mentionné ce qui suit :

"La patiente garde d'importantes douleurs. Le 28 mai dernier, elle n'est plus parvenue à se relever de la toilette. Depuis lors elle se plaint d'une insensibilité de la jambe gauche. Elle n'a pas de troubles urinaires.

La patiente se déplace difficilement en boitant Elle est toujours difficile à examiner mais elle peut avec de l'aide se mettre sur la pointe des pieds et sur les talons. Le testing musculaire est difficile à évaluer notamment au membre inférieur gauche. Il existe des troubles de la sensibilité à tout l'hémicorps gauche qui concernent la sensibilité douloureuse, tactile, vibratoire et posturale. Le réflexe cornéen est présent et symétrique. Il n'y a pas d'hypomyotrophie. Les réflexes tendineux sont vifs avec une asymétrie déjà relevée du réflexe achilléen. Le réflexe cutané plantaire est en flexion ddc.

Il est possible qu'il y ait une aggravation de la hernie discale L5-S1 gauche, mais cela reste difficilement à objectiver chez cette patiente qui présente notamment des troubles de la sensibilité qui touchent l'ensemble de l'hémicorps gauche.

Face à cette situation difficile, je vous propose de demander pour compléter le bilan une IRM du rachis et aussi du cerveau."

Il résulte d'un rapport médical établi le 21 août 2007 par le Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, ce qui suit :

**"CONCLUSION**

IRM cérébrale dans les limites de la norme pour l'âge. Au niveau cervical, ébauche d'une discopathie en C3-C4 à prédominance gauche. Au niveau dorsal, fracture-tassement ancienne de D8. Séquelles pluri-étagées de Scheuermann, sans activité inflammatoire. Au niveau lombaire, large hernie discale médiane à médio-latérale gauche luxée vers le bas en L4-L5. Deuxième hernie plus petite latéro-foraminale gauche en L5-S1."

Le 6 septembre 2007, l'OAI a informé l'assurée de sa décision de lui octroyer un soutien dans ses recherches d'emploi par son service de placement.

Le 28 septembre 2007, le Dr L. \_\_\_\_\_, après avoir diagnostiqué une hernie discale gauche luxée vers le haut et de l'arthrose, une protrusion L4-L5 gauche et une insuffisance segmentaire, a procédé à l'intervention chirurgicale suivante :

"Hémilaminectomie L4-L5 gauche et discectomie par cure de hernie discale. Stabilisation dynamique avec implant PDN solo.  
Hémilaminectomie L5-S1 gauche avec foraminotomie et discectomie, puis spondyloïdèse par PLIF L5-S1 standalone."

Dans un rapport du 12 mars 2008, le Dr L. \_\_\_\_\_ a exposé ne pas pouvoir se prononcer sur la capacité de travail. Il mentionnait les limitations fonctionnelles suivantes : changements de position fréquents souhaitables, porte-à-faux à éviter, port de charge limité à 10 kg , position assise continue limitée à 1 heure, position debout statique limitée à 2 heures, rotation bassin/épaules à éviter.

Le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique, du SMR, a examiné l'assurée le 7 juillet 2008. Il résulte de son rapport notamment ce qui suit :

**"DIAGNOSTICS**

**- avec répercussion sur la capacité de travail**

- LOMBALGIES CHRONIQUES PERSISTANTS. DISCOPATHIES PLURI ÉTAGÉES. STATUS APRÈS HÉMILAMINECTOMIE G L4-L5 ET L5-S1 AVEC STABILISATION PDN L4-L5 ET SPONDYLOÏDÈSE PLIF L5-S1. CODE M51.8

**- sans répercussion sur la capacité de travail**

- Obésité avec BMI à 35.
- Majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

(...)

**Les limitations fonctionnelles**

Elle peut effectuer un travail sédentaire ou semi-sédentaire principalement assise dans lequel elle puisse alterner la position assise avec la position debout à sa guise. Elle doit éviter le port de charges supérieures à 8 kg et le soulèvement de charges supérieures à 5 kg. Elle doit éviter des gestes qui impliquent une mobilité des épaules au-delà de l'horizontale. Elle doit éviter les travaux penchée en avant ou en porte-à-faux.

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

Depuis le 20 décembre 2004.

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

Depuis lors, l'assurée n'a pas repris d'activité professionnelle.

**Concernant la capacité de travail exigible,**

Le métier d'ouvrière ne respecte pas en général les limitations fonctionnelles décrites. Dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles nous ne voyons aucune raison objective, somatique pour diminuer sa capacité de travail. On peut admettre que durant les 3 mois qui ont suivi l'intervention chirurgicale, l'assurée n'était pas apte à travailler dans toute profession.

**CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE**

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 0 %

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE 100 %

DEPUIS LE :

30.12.2004"

Par lettre du 19 février 2009, le Dr O. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a informé l'OAI que l'assurée avait été opérée le 2 octobre 2008 au l. \_\_\_\_\_, qu'elle avait poursuivi une physiothérapie, mais qu'il n'avait pas noté pas de grande amélioration de ses douleurs. L'assurée se plaignant de douleurs cervico-brachiales ddc persistantes malgré une antalgie et des AINS, un rendez-vous avait été pris pour une IRM cervicale le 23 février 2009. Il a joint à cette lettre un rapport de consultation neurochirurgicale du 16 décembre 2008 du Prof S. \_\_\_\_\_ du Centre [...] de neurochirurgie (ci-après : CURN), qui mentionnait notamment ce qui suit :

"Appréciation

Mme B. \_\_\_\_\_ décrit actuellement une douleur différente de celle préopératoire qui pourrait correspondre à une douleur neuropathique (typique d'ailleurs pour une reprise lombaire). Elle décrit également des douleurs dorso-lombaires avec irradiation diffuse vers les épaules. Elle note également une lourdeur dans la tête avec une douleur cervico-brachiale des deux côtés. Bien évidemment, on a noté dans ses antécédents l'existence d'une discopathie cervicale. La patiente insiste pour une exploration cervicale. Je vous propose de faire une IRM cervicale, même si le contexte est difficile (patient fibromyalgique) avec un tableau clinique polymorphe."

Le 9 mars 2009, le Dr M. \_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint du CURN, répondant à l'OAI qui lui demandait quelle était l'évolution de l'état de santé de l'assurée à la suite de l'intervention chirurgicale d'octobre 2008, a posé le diagnostic de discopathie lombaire L4-L5 et L5-S1 opérée.

Il a indiqué comme symptômes actuels une sciatalgie S1 gauche sur récurrence de hernie discale L5-S1 gauche. Il indiquait que le pronostic était favorable.

Dans un avis médical SMR du 17 avril 2009, le Dr N. \_\_\_\_\_ a notamment indiqué ce qui suit :

"Les éléments médicaux avancés par le Dr O. \_\_\_\_\_ dans son courrier du 24 septembre 2008 étaient connus lors de l'examen SMR de juillet 2008 et ont été pris en compte. Il n'y a pas de fait nouveau.

L'opération au I. \_\_\_\_\_ le 2 octobre 2008 est un fait nouveau. S'il n'est noté "pas de grande amélioration" aucune péjoration n'est signalée. Passé une période de 3 mois pour suite de traitement et convalescence nous estimons que l'exigibilité est de nouveau entière dans une activité adaptée, soit dès le 1<sup>er</sup> février 2009.

Dans son courrier du 16 décembre 2008 le Dr S. \_\_\_\_\_ décrit cliniquement un syndrome lombovertébral sans déficit sensitivomoteur, absence de signe de Lasègue, distance doigt sol de 30 cm, le status est similaire à celui du dernier examen SMR, l'exigibilité est donc inchangée.

Le RM de unités somatiques I. \_\_\_\_\_ retient des diagnostics connus et note au point 1.4 une évolution à pronostic favorable. D'août 2008 à janvier 2009 l'exigibilité était nulle dans toute activité, l'état de santé étant déstabilisé. L'exigibilité du rapport examen SMR est applicable dès le 1<sup>er</sup> février 2009."

Par décision du 21 avril 2009, l'OAI a rejeté la demande de rente AI.

Le 23 mai 2011, la Cour des assurances du Tribunal cantonal a admis le recours formé par B. \_\_\_\_\_ contre la décision précitée, annulé celle-ci et renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Constatant qu'elle ne disposait pas des éléments médicaux probants lui permettant de statuer, la cour de céans a invité l'OAI à diligenter une expertise bidisciplinaire, somatique et psychiatrique, aux fins de déterminer avec certitude et précision la nature des atteintes à la santé de l'assurée, leur caractère invalidant et la capacité de travail encore exigible.

**B.** L'OAI a confié l'expertise bidisciplinaire requise aux Drs Y. \_\_\_\_\_, chef de clinique et spécialiste FMH en médecine physique et

réhabilitation, F.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, et H.\_\_\_\_\_, neurologue FMH, de la Clinique A.Z.\_\_\_\_\_. Le rapport d'expertise a été déposé le 14 février 2012. Il retient notamment ce qui suit :

### **"Déroulement d'une journée actuelle**

Le matin, l'assurée dit ne pas se lever tôt mais attendre que ses enfants soient partis travailler pour se lever. La journée elle dit ne rien faire, rester en pyjama. Elle prend un café le matin mais ne déjeune pas la plupart du temps. Elle n'effectue pas le repas du midi mais elle le prend avec son mari qui cuisine. L'après-midi elle ne fait rien, elle ne sort jamais de la maison sauf pour les visites chez le médecin. Elle ne fait pas le ménage, elle ne peut pas lire longtemps en raison de problèmes de vue. Le soir elle regarde le téléjournal. Le souper se prend en famille sauf si les enfants se rendent à leur entraînement de foot. Durant la nuit elle se lève 2 à 3x en raison des douleurs et sortir parfois sur le balcon.

Globalement elle passe ses journées couchée sur le canapé à ne rien faire. Elle dit se sentir humiliée car elle a besoin de l'aide de ses enfants pour les activités de la vie quotidienne.

(...)

### **DIAGNOSTICS**

#### **Diagnosics ayant une répercussion sur la capacité de travail:**

- **Falled Back Surgery Syndrom (Z 96.7)**
- **Lombalgies chroniques (M 54.5)**
- **Syndrome radiculaire L5 et S1 gauche sensitif séquellaire (M 51.1)**
- **Cervico-brachialgies bilatérales chroniques (M 53.1)**
- **Remaniement cicatriciel partiellement ossifié en L5-S1 G (T 81.8)**
- **Hémilaminectomie et discectomie L4-L5 gauche, stabilisation dynamique L4-L5 avec implant PDN solo, hémilaminectomie avec foraminotomie et discectomie L5-S1 gauche, puis spondylodèse par PLIF L5-S1 le 28.09.2007 (Z 96.7)**
- **Discectomie LS-S1 G pour récidence de hernie discale le 02.10.2008 (Z 98.8)**
- **Troubles statiques et dégénératifs rachidiens avec arthrose postérieure prédominant en L4 à S1 (M 51.3, M 41.9)**
- **Séquelles de dystrophie rachidienne de croissance (M 42.0)**

#### **Diagnosics sans répercussion sur la capacité de travail**

- **Syndrome somatoforme douloureux persistant (F 45.4)**
- **Troubles fonctionnels veino-lymphatiques avec varices réticulaires et télangiectasies surtout externes des 2 cuisses**
- **Obésité grade I selon l'OMS**
- **Céphalées de type migraines**

(...)

### **APPRECIATION**

(...)

**Au total**, sur le plan somatique on retient les diagnosics de Falled Back Surgery Syndrom avec lombalgies chroniques, syndrome radiculaire L5 et S1 gauche sensitif séquellaire avec un remaniement cicatriciel partiellement ossifié en L5-S1 G, avec un status après hémilaminectomie et discectomie L4-L5 gauche,

stabilisation dynamique L4-L5, hémilaminectomie avec foraminotomie et discectomie L5-S1 gauche, puis spondylodèse par PLIF L5-S1 le 28.09.2007 et discectomie L5-S1 G pour récurrence de hernie discale le 02.10.2008, et de cervico-brachialgies bilatérales chroniques. Sont également constatés des troubles statiques et dégénératifs rachidiens avec arthrose postérieure prédominant en L4 à S1 et des séquelles de dystrophie rachidienne de croissance. Ces diagnostics jouent incontestablement un rôle important dans la symptomatologie avancée par l'assurée. Il existe toutefois un phénomène d'extension des douleurs et le retentissement fonctionnel extrêmement important que l'assurée met en avant dépasse les limites de l'atteinte lésionnelle. Si l'on peut admettre, au vu des diagnostics, une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité d'ouvrière d'usine, force est de constater, sur la base des éléments à disposition et du point de vue purement somatique, que dans une activité sédentaire, permettant d'alterner les positions assise et debout, évitant le port de charges, les activités en porte à faux ou penchée en avant et les activités avec les mains au dessus de l'horizontale il devrait exister une pleine capacité de travail. Lors de l'évaluation des capacités fonctionnelles, le niveau de performances généralement considéré comme minimal n'a été cependant que très partiellement atteint et il est relevé que la volonté de donner le maximum aux différents tests est jugée insuffisante et le niveau de cohérence pendant l'évaluation faible. Rappelons également que le score obtenu au questionnaire PACT (auto-appréciation par l'assuré de ses propres aptitudes fonctionnelles) est extrêmement bas, puisque le résultat de 19 obtenu suggère qu'elle ne peut s'employer qu'à des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis (inférieur aux efforts auxquels pourrait prétendre une personne paraplégique). Aux ateliers professionnels, le niveau de participation a été très faible et il n'existe pas de limitation fonctionnelle suffisante sur le plan organique pouvant expliquer le ralentissement de la vitesse d'exécution des activités de dextérité fine à composante sédentaire sans contraintes de port de charge significatif que le maître socio-professionnel a proposées à l'assurée. Du point de vue somatique on peut donc conclure qu'aucune mesure objective des performances ne peut être réalisée et que ce sont des limitations essentiellement non somatiques qui paraissent représenter un frein à l'adhésion à un processus de réadaptation professionnelle. Du point de vue psychique, il n'est pas constaté d'élément suggérant un trouble grave de l'humeur ou un trouble de la personnalité. Il n'a pas été observé de signe suggérant une majoration volontaire des symptômes, mais vu l'omniprésence de la douleur, accompagnée d'un sentiment de détresse, le status et l'anamnèse, le diagnostic de Syndrome douloureux somatoforme persistant est retenu. Cependant les critères jurisprudentiels de gravités ne sont pas remplis, malgré l'omniprésence de la douleur et la perte d'intégration sociale. Toutefois ces éléments sont des facteurs de mauvais pronostic et, dans ce contexte, il semble illusoire d'envisager une quelconque réorientation professionnelle ou une quelconque adhésion à une proposition de réinsertion professionnelle chez une assurée désafférentée, maîtrisant mal la langue et inscrite dans une position d'échec très fixée.

## **REPONSES AUX QUESTIONS DE L'ASSURANCE AI**

### **A. Questions cliniques**

**1. Anamnèse :** Cf. plus haut.

**2. Plaintes et données subjectives de l'assuré :** Cf. plus haut.

**3. Status clinique :** Cf. plus haut.

**4. Diagnostics :** Cf. plus haut.

**5. Appréciation du cas et pronostic:** Cf. plus haut,

## **B. Influences sur la capacité de travail**

### **1. Limitations qualitatives et quantitatives en relation avec les troubles constatés au plan physique, au plan psychique et mental, au plan social**

Si l'on peut admettre, au vu des diagnostics, une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité d'ouvrière d'usine, force est de constater, sur la base des éléments à disposition et du point de vue purement somatique, que dans une activité sédentaire, permettant d'alterner les positions assise et debout, évitant le port de charges, les activités en porte à faux ou penchée en avant et les activités avec les mains au dessus de l'horizontale il devrait exister une pleine capacité de travail. Il existe toutefois un phénomène d'extension des douleurs et le retentissement fonctionnel extrêmement important que l'assurée met en avant dépasse les limites de l'atteinte lésionnelle. Le niveau de participation a été très faible et il n'existe pas de limitation fonctionnelle suffisante sur le plan organique pouvant expliquer la faiblesse des performances constatées lors des mesures d'évaluation. Du point de vue psychique, le diagnostic de Syndrome douloureux somatoforme persistant est retenu. Dans ce contexte, il semble illusoire d'envisager une quelconque réorientation professionnelle ou une quelconque adhésion à une proposition de réinsertion professionnelle chez une assurée désafférentée, maîtrisant mal la langue et inscrite dans une position d'échec très fixée.

### **2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici**

#### **2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?**

On peut admettre, au vu des diagnostics retenus, une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité d'ouvrière d'usine.

#### **2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail**

Du point de vue purement somatique, dans une activité sédentaire, permettant d'alterner les positions assise et debout, évitant le port de charges, les activités en porte à faux ou penchée en avant et les activités avec les mains au dessus de l'horizontale Il devrait exister une pleine capacité de travail. Cependant, lors des évaluations le niveau de participation a été très faible et le niveau de performances généralement considéré comme minimal n'a été que très partiellement atteint et il n'existe pas de limitation fonctionnelle suffisante sur le plan organique pouvant expliquer le ralentissement de la vitesse d'exécution des activités légères et sédentaires proposées à l'assurée. On peut donc conclure qu'aucune mesure objective des performances ne peut être réalisée et que ce sont des limitations essentiellement non somatiques qui paraissent représenter un frein à l'adhésion à un processus de réadaptation professionnelle.

**2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible?** Non.  
Cf points 2.1 et 2.2

#### **2.4 Y a-t-il une diminution du rendement?**

L'incapacité de travail est totale dans l'ancienne activité

**2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins?**

Le 26.11.2004.

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

L'incapacité de travail dans son ancienne activité est restée totale en permanence depuis le 26.11.2004.

### **3. En raison de ses troubles psychiques, l'assurée est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel ?**

Du point de vue psychique, le diagnostic de Syndrome douloureux somatoforme persistant est retenu. Cependant les critères jurisprudentiels de gravité ne sont pas remplis, malgré l'omniprésence de la douleur et la perte d'intégration sociale. Toutefois ces éléments sont des facteurs de mauvais pronostic et, dans ce contexte, il semble illusoire d'envisager une quelconque réorientation professionnelle ou une quelconque adhésion à une proposition de réinsertion professionnelle chez une assurée désafférentée, maîtrisant mal la langue et inscrite dans une position d'échec très fixée.

### **C. Influences sur la réadaptation professionnelle**

#### **1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables?**

Non, il semble illusoire d'envisager une quelconque réorientation professionnelle ou une quelconque adhésion à une proposition de réinsertion professionnelle (cf supra).

#### **2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent? Non.**

#### **3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré?**

Du point de vue purement somatique, dans une activité sédentaire, permettant d'alterner les positions assise et debout, évitant le port de charges, les activités en porte à faux ou penchée en avant et les activités avec les mains au dessus de l'horizontale il devrait exister une pleine capacité de travail. Cependant l'omniprésence de la douleur et la perte d'intégration sociale sont des facteurs de mauvais pronostic et, dans ce contexte, il semble illusoire d'envisager une quelconque réorientation professionnelle ou une quelconque adhésion à une proposition de réinsertion professionnelle chez une assurée désafférentée, maîtrisant mal la langue et inscrite dans une position d'échec très fixée."

Dans un avis SMR du 24 février 2012, le Dr B.Z. \_\_\_\_\_ a notamment exposé ce qui suit :

"(...)

Notre assurée a donc eu une expertise multidisciplinaire à la CRR de [...] en février 2012. Les diagnostics ayant une répercussion sur les capacités de travail sont :

- Lombalgies chroniques avec failed back surgery syndrome.
- Syndrome radiculaire L5-S1 gauche, sensitif séquellaire.
- Cervicobrachialgies bilatérales chroniques.
- Remaniement cicatriciel partiellement ossifié en L5-S1 gauche.
- Hémilaminectomie et discectomie L4-L5 gauche, stabilisation dynamique L4-L5 avec implant PDN solo, hémilaminectomie avec foraminotomie et discectomie L5.S1 gauche, puis spondylodèse par PLIF L5-S1 le 29.08.2007.
- Discectomie L5-S1 gauche pour récurrence de hernie discale le 02.10.2008.

- Troubles statiques et dégénératifs rachidiens avec arthrose postérieure prédominant en L4 et S1.

- Séquelles de dystrophie rachidienne de croissance.

Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail sont essentiellement :

- Un syndrome somatoforme douloureux persistant.

On note que notre assurée a arrêté le travail en 2004.

Le syndrome somatoforme douloureux persistant n'est pas incapacitant car il n'y a pas de comorbidité psychiatrique notamment. Sur le plan neurologique, il est mentionné une diminution de la sensibilité du dos du pied gauche, avec une diminution du réflexe achilléen gauche. Il n'y a pas de déficit moteur.

L'examen clinique est perturbé par des autolimitations et les signes de non organicité de Waddel sont présents (4/5).

Une IRM cervicale en février 2009 est normale. L'IRM lombaire du 15.02.2011 objective des dispositifs intersomatiques en place en L4-L5, L5-S1. Protrusion discale L4-L5 paramédiane gauche avec arthrose inter-apophysaire postérieure. Remaniement cicatriciel en L5-S1 avec composante ossifiée en contact avec des racines L5 et S1 gauches.

Cette expertise multidisciplinaire et fouillée est probante et nous suivons les conclusions des experts qui retiennent :

Une incapacité de travail de 100 % comme ouvrière d'usine depuis le 26.11.2004.

La capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles susmentionnées. L'expert note qu'il semble illusoire d'envisager une réorientation professionnelle ou une quelconque adhésion à ne proposition de réinsertion professionnelle chez une assurée désafférentée, maîtrisant mal la langue et inscrite dans une position d'échec.

Il faut noter que la participation à des évaluations en atelier a été très faible, et le niveau de performance généralement considéré comme minimal n'a été que très partiellement atteint, alors qu'il n'existe pas de limitations fonctionnelles suffisantes sur le plan organique pouvant expliquer le ralentissement de la vitesse d'exécution des activités légères et sédentaires proposées à l'assurée.

Ces limitations, essentiellement non somatiques, paraissent représenter un frein à l'adhésion à un processus de réadaptation professionnelle."

Par communication du 25 septembre 2012, l'OAI a informé l'assurée que les conditions pour un droit au placement étaient remplies. Il a expliqué que cela signifiait que l'assurée était réadaptable et qu'elle n'avait dès lors pas droit à une rente, un projet de décision en ce sens étant joint en annexe.

Par projet de décision du 25 septembre 2012, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité et de mesure de reclassement de l'assurée. Il a considéré en substance que l'assurée disposait d'une pleine capacité

de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (alterner les positions de travail assise et debout, éviter le port de charge, les activités en porte-à-faux, la position penchée en avant et les mains au dessus de l'horizontal), que cette capacité de travail pouvait être mise en valeur dans le domaine industriel léger et que, le préjudice économique résultant de l'atteinte à la santé, de 10 %, n'ouvrait le droit ni à une rente d'invalidité puisque inférieur au minimum de 40 %, ni à des mesures de reclassement puisque inférieur au minimum de 20 %.

L'assurée n'ayant pas formulé d'observations ni produit de pièces dans le délai qui lui avait été imparti pour ce faire, l'OAI a, par décision du 23 janvier 2013, confirmé son projet de décision du 25 septembre 2012 en retenant notamment ce qui suit :

"Résultat de nos constatations:

Par jugement du 23 mai 2011, la cour des assurances sociales a annulé notre décision du 21 avril 2009. Nous avons alors procédé à un complément d'instruction.

Depuis le 26 novembre 2004 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

A l'issue dudit délai d'attente, soit le 26 novembre 2005, votre incapacité de travail et de gain est totale dans votre activité habituelle d'ouvrière.

Cependant, vous présentez une capacité de travail entière dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles (alterner les positions de travail assise et debout, éviter le port de charge, éviter les activités en porte-à-faux, éviter la position penchée en avant, éviter les mains au-dessus de l'horizontal).

La capacité de travail peut être mise en valeur dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement.

Bien que vous ayez présenté une aggravation entre août 2008 et janvier 2009, l'incapacité de travail a été inférieure à une année et nous ne pouvons dès lors pas en tenir compte.

Nous avons alors évalué votre préjudice économique.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est votre cas — 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'invalidé (ATF 126V 76 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.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2004 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a), frs.

3'893.- par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, TA niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire intérieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41,6 heures; La Vie économique, 8-2004, p.94, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à frs. 4'048.72 (frs. 3'893.- x 41,6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de frs. 48'584.60.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2004 à 2005 (+ 1 %; La Vie économique, 8-2004, p. tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de frs. 49'070.40

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, par exemple certaines limitations liées au handicap, à l'âge, à la nationalité, à la catégorie de permis de séjour ou au taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais 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 80 consid.5b/cc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à frs. 44'163.40.

Sans atteinte à la santé et dans votre ancienne activité, vous pourriez prétendre à un revenu annuel de CHF 49'189.90

Comparaison des revenus:

sans invalidité CHF 49'189.90

avec invalidité CHF 44'163.40

La perte de gain s'élève à CHF 5'026.50 = un degré d'invalidité de 10 %.

Un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Par ailleurs, ce taux d'invalidité n'ouvre pas le droit à un reclassement professionnel.

Il appartient à tout assuré de faire tout ce qui dépend de lui pour atténuer au mieux les conséquences de son infirmité, en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail, même au prix d'un effort considérable. Ce n'est pas l'activité que l'assuré consent à accomplir qui est décisive, mais celle que l'on peut raisonnablement exiger de lui dans une situation médicale donnée. Si l'assuré n'exerce pas l'activité exigible selon l'appréciation médicale, le taux de son invalidité sera fixé eu égard à cette activité, même s'il ne l'exerce pas.

Des mesures professionnelles n'ont pas lieu d'être dès lors que l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière est à votre portée, sans qu'un préjudice économique important ne subsiste.

Selon la jurisprudence, par reclassement, on entend la somme des mesures de réadaptation professionnelles qui sont nécessaires et de nature à procurer à la personne assurée, qui avait déjà exercé une activité lucrative avant la survenance de l'invalidité, une possibilité de gain à peu près équivalente à celle qui était la sienne auparavant. Le droit au reclassement présuppose que la perte de gain durable due à l'invalidité soit de 20 % environ, ce qui n'est pas votre cas. Dès lors, le droit à des mesures professionnelles n'est pas ouvert.

L'aide au placement vous est proposée, nous vous prions de nous retourner le formulaire daté et signé si vous souhaitez notre appui dans vos démarches de recherches d'emploi."

**C.** Par acte du 27 février 2013 de DAS Protection juridique SA, B. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision précitée en concluant principalement à la réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est allouée. Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il statue sur l'octroi de mesures de réadaptation. La recourante fait valoir en substance que l'OAI a violé l'art. 16 LPGA en omettant d'examiner si l'activité adaptée préconisée par les experts était raisonnablement exigible eu égard au fait qu'elle a toujours travaillé comme ouvrière - activité qui a été considérée comme n'étant plus exigible par les experts -, que, d'origine turque, son français est rudimentaire et que sa scolarité en Turquie n'a duré que cinq ans. Compte tenu de ces circonstances, elle soutient qu'une telle activité ne peut être exigée d'elle et qu'une rente entière doit dès lors lui être allouée. Subsidiairement, elle a fait valoir que le degré d'invalidité est de 35 % et non de 10 % comme indiqué dans la décision, ce qui lui ouvre le droit à des mesures d'ordre professionnel. Selon la recourante, l'OAI aurait en effet mal calculé le revenu sans invalidité, qui s'élèverait à 56'902 fr. 45 (24 fr. 30 x 41,6 x 4,33 x 13) ainsi que le revenu d'invalidité, qui s'élèverait à 36'802 fr., le taux d'abattement pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles, de sa nationalité, de son faible degré d'instruction et de ses faibles connaissances de la langue française devant être porté à 25 %.

Par réponse du 22 avril 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a réfuté les griefs de la recourante comme suit :

"Dans la décision attaquée, nous avons retenu que l'intéressé pourrait exercer une activité industrielle légère (par exemple : montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, et ouvrière dans le conditionnement). Au vu du large éventail d'activités simples et répétitives, sans formation nécessaire, que recourent les données ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), il y a lieu d'admettre qu'un nombre significatif d'entre elles sont adaptées au handicap dont souffre la recourante. S'agissant du revenu sans invalidité, il était de Sfr. 49'189.90 (cf. fiche du calcul du salaire exigible du 26 avril 2007). En effet, le salaire brut comprend déjà la part des vacances (cf. annexes au

questionnaire pour l'employeur du 3 mai 2005) et il convient ainsi de multiplier le salaire mensuel par 11 (les jours de vacances ne sont pas payés) et non pas par 13.

En ce qui concerne le taux d'abattement opéré de 10 % sur le revenu d'invalidé, il est parfaitement conforme à la jurisprudence actuelle au vu des limitations fonctionnelles présentées par la recourante."

### **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'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 2008 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

En l'espèce le recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA) et satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA). Il est donc recevable à la forme.

**2.** 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 (ATF 131 V 164; 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**3.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente, subsidiairement à des mesures d'ordre professionnel (reclassement).

**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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, sur 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 arrêt 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; TFA I 274/05 arrêt du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 arrêt du 25 juillet 2007, consid. 2.1). Lorsque sont présentes simultanément des atteintes sur les plans somatique et psychique, le taux d'incapacité de travail ne résulte pas de la simple addition ou de la moyenne de deux taux d'incapacité de travail (d'origine somatique et psychique), mais procède bien plutôt d'une évaluation globale (Meine, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, in : L'expertise médicale, Genève 2002, pp. 23 ss ; Paychère, Le juge et l'expert - plaidoyer pour une meilleure compréhension, in : L'expertise médicale, Genève 2002, p. 147 ; TF 9C\_460/2010 arrêt du 16 décembre 2010, consid. 2.1, 9C\_87/2008 arrêt du 9 octobre 2008, consid. 3; TFA I 131/2003 arrêt du 22 mars 2004, consid. 2.3).

**c)** L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 arrêt du 8 avril 2008, consid. 2.1). 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, 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C\_1023/2008 arrêt du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En outre, en matière d'assurances sociales, s'agissant de l'appréciation des renseignements d'ordre médical, la jurisprudence fédérale attache une présomption d'objectivité aux expertises ordonnées pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances sociales ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par les experts et/ou substituer son avis à celui exprimé par ces spécialistes dont c'est précisément le rôle de mettre leurs connaissances particulières au service de la justice pour qualifier un état de fait déterminé (VSI 2000 p. 152 et les références citées).

Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent toutefois être admises avec réserve pour 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; TF 9C\_91/2008 arrêt du 30 septembre 2008; TF 8C\_15/2009 arrêt du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C\_607/2008 arrêt du 27 avril 2009 consid. 3.2).

**4.** La recourante ne conteste pas, en tant que telle, l'expertise médicale sur laquelle s'est fondé l'OAI pour lui nier le droit à une rente. Avec raison. En effet, l'examen du rapport d'expertise du 14 février 2012

des spécialistes de la Clinique A.Z.\_\_\_\_\_, amène la Cour de céans à constater que dit rapport se fonde sur des examens cliniques complets, qu'il prend en considération les plaintes de la recourante, qu'il a été établi en pleine connaissance de son dossier, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions des experts sont bien motivées et convaincantes. A ce titre, ce rapport d'expertise emporte la conviction de la Cour de céans qui lui reconnaît une pleine valeur probante.

**5. a)** Sur le plan somatique, les experts ont retenu comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de la recourante :

- Un Failed Back Surgery Syndrom (Z 96.7);
- des lombalgies chroniques (M 54.5);
- un syndrome radiculaire L5 et S1 gauche sensitif séquellaire (M 51.1);
- des cervico-brachialgies bilatérales chroniques (M 53.1);
- un remaniement cicatriciel partiellement ossifié en L5-S1 G (T 81.8);
- une hémilaminectomie et discectomie L4-L5 gauche, stabilisation dynamique L4-L5 avec implant PDN solo, hémilaminectomie avec foraminotomie et discectomie L5-S1 gauche, puis spondylodèse par PLIF L5-S1 le 28.09.2007 (Z 96.7);
- une discectomie LS-S1 G pour récurrence de hernie discale le 02.10.2008 (Z 98.8);
- des troubles statiques et dégénératifs rachidiens avec arthrose postérieure prédominant en L4 à S1 (M 51.3, M 41.9);
- des séquelles de dystrophie rachidienne de croissance (M 42.0);

Comme diagnostics n'ayant pas de répercussions sur la capacité de travail de la recourante, les experts ont retenu :

- des troubles fonctionnels veino-lymphatiques avec varices réticulaires et télangiectasies surtout externes des 2 cuisses;
- une obésité grade I selon l'OMS;
- des céphalées de type migraines.

En ce qui concerne les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, les experts précisent qu'ils jouent incontestablement un rôle important dans la symptomatologie annoncée par l'assurée mais qu'il existe toutefois un phénomène d'extension des douleurs et que le ralentissement fonctionnel extrêmement important mis en avant par

l'intéressée dépasse les limites de l'atteinte lésionnelle. S'ils admettent, au vu desdits diagnostics, une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité d'ouvrière d'usine, ils considèrent que, du point de vue purement somatique, la capacité de travail de l'assurée reste entière dans une activité sédentaire, permettant d'alterner les positions assise et debout, évitant le port de charges, les activités en porte à faux ou penchée en avant et les activités avec les mains au dessus de l'horizontale. Les experts relèvent encore que lors de l'évaluation des capacités fonctionnelles à laquelle ils ont procédé, le niveau de performances généralement considéré comme minimal n'a jamais été atteint, la volonté de donner le maximum aux différents test étant insuffisante et le niveau de cohérence pendant l'évaluation faible. Ils précisent encore que le score obtenu au questionnaire d'auto-appréciation par l'assurée de ses propres aptitudes fonctionnelles est extrêmement bas puisque le résultat suggère qu'elle ne peut s'employer qu'à des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou principalement assis, donc inférieur aux efforts auxquels pourrait prétendre une personne paraplégique. Les experts sont par conséquent d'avis que ce sont des limitations essentiellement non somatiques qui représentent un frein à l'adhésion à un processus de réadaptation professionnelle.

Cela étant, il faut considérer que, du point de vue somatique, la recourante présente une pleine capacité de travail dans une activité professionnelle respectant les limitations fonctionnelles décrites dans le rapport d'expertise. Reste à examiner s'il existe un trouble psychiatrique ayant des répercussions sur sa capacité de travail.

**b)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. Pour déterminer si tel est le cas, il faut établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son atteinte à la santé psychique, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. La mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Pour admettre l'existence d'une

incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou - comme condition alternative - qu'elle est même insupportable pour la société (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1 et la référence).

Selon la jurisprudence (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.3 et les réf. citées), les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité. Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. La jurisprudence a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Elle a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux : on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 132). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (TF I 506/04 arrêt du 22 février 2006). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations

d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact; ATF 131 V 49).

En l'espèce, sur le plan psychiatrique, le rapport d'expertise du 14 février 2012 retient comme diagnostic un syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4). Ce syndrome figure dans la Classification statistique internationale des maladies et problèmes de santé connexe éditée par l'OMS (CIM-10) au chapitre consacré aux troubles mentaux et du comportement sous le chiffre F45.4. Les experts précisent toutefois que, dans le cas de la recourante, il ne s'agit pas d'un trouble psychiatrique d'une acuité telle qu'il faille considérer qu'il ait des répercussions sur la capacité de travail de l'intéressée. Au premier plan, ils relèvent que l'évaluation psychiatrique à laquelle ils ont procédé, en particulier l'anamnèse et le status, n'ont pas révélé d'élément suggérant une comorbidité psychiatrique telle un trouble grave de l'humeur ou un trouble de la personnalité. Ils expliquent que la détresse relevée en fin de rencontre n'est pas symptomatique d'un trouble de l'humeur structuré et pérennisé mais est plutôt une réaction affective, relevant de la psychologie normale, au constat d'une douleur pérennisée. N'ayant pas observé non plus chez la recourante de signe suggérant une majoration volontaire des symptômes, ils considèrent au final, vu l'omniprésence de la douleur accompagnée d'un sentiment de détresse, que le status et l'anamnèse correspondent le mieux dans les grilles nosographiques au syndrome douloureux somatoforme persistant. Tout en insistant sur le fait que ce syndrome n'a pas, dans le cas de la recourante, de répercussion sur sa capacité de travail, ils déclarent qu'il semble toutefois illusoire d'envisager une reprise de travail chez une assurée désafférentée, maîtrisant mal la langue et inscrite dans une position d'échec très fixée.

Contrairement à ce que semble suggérer la recourante, l'avis des experts selon lequel il est illusoire d'envisager une reprise de travail chez une assurée désafférentée, maîtrisant mal la langue et inscrite dans une position d'échec très fixée ne modifie en rien le fait que l'on ne peut retenir, au vu de la jurisprudence en matière de trouble somatoforme douloureux, que cette affection psychiatrique aurait une répercussion sur sa capacité de travail, donc qu'il est invalidant. En l'occurrence, il n'est accompagné d'aucune comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité ou sa durée, ni d'autres circonstances exceptionnelles. En outre, les experts ont relevé que, si les limitations liées à l'exercice d'une activité ne résultaient pas d'une exagération des symptômes, elles ressortaient toutefois d'une constellation semblable, en ce sens que les plaintes de la recourante sont aspécifiques, nombreuses, sans hiérarchie clairement identifiable et que leur retentissement fonctionnel est sans commune mesure avec les éléments objectifs peu importants. Ils exposent que, lors de l'examen clinique, le comportement douloureux était très marqué, voire caricatural, la démarche très lente et grotesque (l'assurée marchait en se tenant la cuisse gauche) et que l'examen avait été perturbé par les autolimitations et la résistance musculaire aux mouvements passifs. Enfin, ils soulignent que le score obtenu au questionnaire PACT est extrêmement bas, puisque le résultat de 19 obtenu suggère que la recourante ne peut s'employer qu'à des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis. Il s'agit d'un résultat extrêmement faible, inférieur aux efforts auxquels pourrait par exemple prétendre une personne paraplégique. La volonté de donner le maximum aux différents tests est jugée insuffisante et le niveau de cohérence pendant l'évaluation des capacités fonctionnelles faible. Les experts insistent à plusieurs reprises sur la position d'échec très fixée adoptée par la recourante.

Au surplus, les autres critères consacrés par la jurisprudence, dont l'existence permet d'admettre le caractère non exigible de la reprise du travail, ne sont pas non plus réalisés. Certes, la recourante présente, en sus du syndrome douloureux somatoforme persistant, une affection

corporelle chronique. Les experts estiment cependant que, dans une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles, elle conserve une capacité de travail totale. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, puisque la recourante vit avec son époux et ses enfants et que, selon le descriptif qu'elle a fait de sa vie quotidienne, elle rencontre régulièrement ses voisins, et communique avec des amis ou membres de sa famille au moins par téléphone. On ne voit pas non plus au dossier que chez la recourante, l'apparition du trouble somatoforme douloureux résulterait d'une libération du processus de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Ni les experts, ni les médecins consultés ne font mention d'aucune source de conflit intrapsychique ni situation conflictuelle extrême permettant d'expliquer le développement du syndrome douloureux et son aboutissement jusqu'à une interruption totale de toute activité lucrative. Enfin, il n'y a pas non plus d'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art.

Il apparaît ainsi que le trouble somatoforme douloureux ne se manifeste pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, seule une mise en valeur limitée de la capacité de travail de la recourante puisse être raisonnablement exigée d'elle.

Au vu de l'ensemble de ces éléments, il faut considérer que, d'un point de vue psychiatrique, la recourante ne présente aucune atteinte invalidante et que sa capacité de travail est intacte.

**c)** En conclusion, il y a donc lieu de retenir que, sur le plan médical, la recourante dispose d'une capacité résiduelle de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**6.** La recourante conteste l'évaluation du degré d'invalidité effectué par l'intimé, estimant qu'il a violé l'art. 16 LPGA. Elle relève d'abord que dans son calcul du revenu sans invalidité, l'OAI aurait dû inclure les vacances ainsi qu'un treizième salaire. Ensuite, elle soutient en

substance que l'octroi d'une rente d'invalidité pleine et entière s'impose dans son cas dans la mesure où ses limitations fonctionnelles, ses faibles connaissances de la langue française et son manque de formation rendent irréalistes ses possibilités de trouver un emploi correspondant, ce dont l'OAI n'a pas tenu compte.

**a)** Selon l'art. 16 LPGA, 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. La comparaison des revenus 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.4; 128 V 29 consid. 1; TF 8C\_708/2007 arrêt du 21 août 2008 consid. 2.1).

**b)** 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'invalide 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'oeuvre (Pratique VSI 6/1998 p. 293 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 arrêt du 18 septembre 2008; 9C\_236/2008 arrêt du 4 août 2008 et I 175/04 arrêt du 28 janvier 2005 consid. 3; Pratique VSI 6/1999 p. 246 consid. 1 et les références citées).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (TF 9C\_313/2007 arrêt du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence).

En l'occurrence, on peut raisonnablement attendre de la recourante, âgée de 48 ans, qu'elle recherche une activité à 100 % adaptée à son état de santé, possibilité dont elle dispose théoriquement sur un marché du travail équilibré; elle y est d'ailleurs tenue en vertu de son obligation de diminuer le dommage. Vu le large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger) que recouvre le marché du travail en général — et le marché du travail équilibré en particulier — (cf. TFA I 383/06 arrêt du 5 avril 2005 consid. 4.4), il appert qu'un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, ni une grande connaissance de la langue française, sont raisonnablement exigibles de la recourante. Au surplus, on relèvera que l'activité d'une ouvrière peut s'exercer dans des contextes et des environnements professionnels très divers et qu'on ne saurait mettre sur un pied d'égalité, comme le fait la recourante, l'activité d'ouvrière dans

une usine de fabrication de papier et d'emballages, qui implique un engagement physique lourd, avec celle d'une ouvrière travaillant à l'établi ou au tri. Les experts n'ont d'ailleurs pas proscrit toute activité d'ouvrière pour la recourante mais seulement celle qu'elle exerçait précédemment dans une usine fabriquant du papier et des emballages.

Il n'est ainsi pas irréaliste pour la recourante de retrouver un emploi sur le marché du travail qui soit compatible avec ses limitations fonctionnelles et son niveau de formation.

**c)** Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134V 322 consid. 4.1; TF 9C\_501 arrêt du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible (ATF 129V 222 consid. 4.3.1; TF 9C\_409/2009 arrêt du 11 décembre 2009 consid. 3.1; TF 11034/2006 arrêt du 6 décembre 2007 consid. 3.3.2.1).

En l'espèce, pour déterminer le revenu sans invalidité, l'OAI s'est référé aux informations fournies par le dernier employeur de la recourante. Le calcul auquel il a procédé (fiche de calcul du 26 avril 2007) est exact et doit être confirmé (49'189 fr. 10). En effet, il résulte du questionnaire pour l'employeur que la recourante était rétribuée à l'heure. En 2004, dernière année où la recourante a travaillé, elle percevait un salaire horaire de 24 fr. 30. En outre, contrairement à ce que fait valoir la recourante, l'indemnité de vacances était comprise dans le montant du salaire horaire de 24 fr. 30. On voit par exemple qu'en 2004, la recourante, qui n'a pas travaillé entre le 19 juillet et le 1<sup>er</sup> août, n'a pas reçu de salaire durant cette période. Ou encore, sous chiffre 44, si on fait le calcul de 40 heures multipliées par 24 fr. 30, on obtient le montant de 972 fr., qui comprend l'indemnité de vacances de 74 fr. 74. Il n'y a en outre pas de treizième salaire indiqué. Cela étant, l'intimé était fonder à retenir un montant de 49'189 fr. 90 à titre de revenu sans invalidité (24 fr. 30 x 42,5 x 4.33 x 11).

**d)** Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En l'absence, comme en l'espèce, 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'invalidé 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 (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; VSI 1999 p. 182).

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2004, 3'893 fr. par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, TA 1 niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (41,6 heures; La Vie économique, 8-2004, p. 94, tableau B 9.2), le revenu mensuel s'élève à 4'078 fr. 72 (3'893 fr. x 41,6 / 40), ce qui donne un salaire annuel de 48'584 fr. 60, soit après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2004 à 2005 (+ 1 %; La Vie économique, 8-2004, p. 95, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de 49'070 fr. 40.

Le montant résultant des statistiques peut faire l'objet d'une réduction dépendant 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) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum 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 p. 79). De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère que la nature des limitations fonctionnelles présentées par une personne assurée peut constituer un facteur susceptible d'influer sur ses perspectives salariales (ATF 126 V 75 consid. 5a/bb p. 78 et les références citées; voir également arrêt I 848/05 arrêt du 29 novembre 2006, consid. 5.3.3).

Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance pas limité dans ce contexte 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 ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, 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. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, 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 cons. 5.2).

Dans le cas présent, les limitations fonctionnelles de la recourante (activité sédentaire, permettant d'alterner les positions assise et debout, évitant le port de charges, les activités en porte-à-faux ou penchée en avant et les activités avec les mains au-dessus de l'horizontale) n'entravent pas l'accomplissement d'une activité industrielle légère. L'influence de ces limitations sur les perspectives salariales de la

recourante est certes défavorable mais il demeure approprié de les prendre en considération au titre de limitations liées au handicap à concurrence d'un facteur de réduction de 10 %, comme l'a retenu l'OAI. Enfin, tant l'âge de la recourante (48 ans) que ses difficultés linguistiques, son manque de formation professionnelle ou sa scolarité rudimentaire ne peuvent être considérés comme des critères déterminants au regard de la nature des activités encore exigibles.

Un taux de réduction supérieur à 10 % ne saurait dès lors se justifier.

Cela étant, en tenant compte d'un revenu sans invalidité de 49'189 fr. 90 et avec invalidité, abattement de 10 % compris, de 44'163 fr. 40, la perte de gain s'élève à 5'026 fr. 50 et l'invalidité à 10 %.

C'est dès lors à juste titre que l'OAI a refusé d'octroyer une rente à la recourante.

**7.** A titre subsidiaire, la recourante requiert de l'OAI qu'il lui accorde des mesures d'ordre professionnel.

**a)** Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée.

Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 p. 489 et les références citées).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. L'appréciation de l'équivalence doit reposer sur une comparaison entre les possibilités de gain offertes par la profession initiale et celles que permet d'entrevoir la nouvelle profession ou une activité que la personne assurée doit raisonnablement pouvoir exercer sur un marché équilibré du travail (cf. art. 16 LPGA; ATF 124 V 108 consid. 2a p. 109). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas. En particulier, l'assuré ne peut prétendre une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (ATF 130 V 488 consid. 4.2 p. 489 et les références citées).

**b)** En l'espèce, force est de constater que le préjudice économique de 10 % retenu par l'OAI – dont on vient de voir au considérant 6c ci-dessus qu'il ne prêtait pas le flanc à la critique – est très largement en-dessous de la limite de 20 % fixée par la jurisprudence en la matière. La décision de l'OAI sur ce point est par conséquent correcte et doit être confirmée.

**8. a)** En définitive, le recours s'avère mal fondé et doit être rejeté ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**b)** 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).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 23 janvier 2013 est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante B.\_\_\_\_\_.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- DAS Protection juridique SA, à Etoy (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- 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 :