

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 mai 2015

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mme Dessaux et M. Merz, juges  
Greffière : Mme Parel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**J.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Florence Bourqui, avocate  
auprès de l'Association Intégration Handicap, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA; 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** J.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1964, speakerine-journaliste de formation, a travaillé à compter de 2002 comme restauratrice et danseuse à plein temps. Elle a déposé le 1<sup>er</sup> juillet 2009 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), en faisant état d'une période d'incapacité de travail de 50 à 100% du 4 avril au 12 juin 2008, et du 10 mai 2009 au jour du dépôt de la demande. S'agissant du genre d'atteintes, elle a mentionné une sciatique et une scoliose, ainsi que des douleurs au niveau de la jambe droite, des épaules, des bras, de la nuque et de la vessie existant depuis plusieurs années.

Dans son rapport à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) du 27 juillet 2009, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assurée depuis 1991, a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail des nuchalgies chroniques sur cervicarthrose C5/C6, un status post whiplash (deux épisodes, en 1993 et 2007), des lombalgies chroniques sur troubles statiques, ainsi que des discopathies étagées L3-L4 et L4-L5, et, sans effet sur la capacité de travail, des migraines, un côlon irritable, une intolérance au lactose et un status post cure d'une triade du genou gauche en 1995 et post cystopexie en 2007. Le Dr K.\_\_\_\_\_ a évoqué un pronostic réservé sans changement d'activité, relevant que la patiente devait éviter le port de charges et les longues stations debout. Il a estimé que dans l'activité habituelle de restauratrice d'un petit établissement de nuit avec musique (sic), le rendement était réduit de 30 à 40%, une activité adaptée était exigible à 80% dès mi-août 2009. Le Dr K.\_\_\_\_\_ a joint à son envoi un rapport du 25 juin 2007 de la Dresse R.\_\_\_\_\_, médecin associé auprès de l'Unité du rachis et réhabilitation de l'Hôpital Y.\_\_\_\_\_, qui diagnostiquait des cervicalgies chroniques sur cervicarthrose (discopathie C5/C6 et arthrose interfacettaire postérieure) dans les suites d'un whiplash en 1993 et des lombalgies chroniques sur troubles statiques et discopathies étagées (L3/L4 et L4/L5); la Dresse

R.\_\_\_\_\_ constatait des surcharges mécaniques au niveau du rachis cervical et lombaire, sans signe neurologique parlant en faveur d'un syndrome irritatif, chez une patiente qui avait vraisemblablement une hygiène de vie particulière, avec des horaires de travail irréguliers et souvent des nuits blanches. La Dresse R.\_\_\_\_\_ relevait enfin ne pas avoir évoqué de reclassement professionnel dans la mesure où l'assurée tenait beaucoup à garder son bar, en précisant que celle-ci devait toutefois comprendre qu'elle avait besoin de plus d'aide, ajuster ses horaires et appliquer les conseils donnés durant la prise en charge auprès du Service d'orthopédie du U.\_\_\_\_\_ (Centre hospitalier U.\_\_\_\_\_).

L'assurée a été convoquée le 10 février 2010 par le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie auprès du Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), pour un examen clinique rhumatologique. Dans le cadre de son examen, le Dr P.\_\_\_\_\_ a fait compléter le bilan par des radiographies. A la suite de clichés de la colonne lombaire, face et profil, et de la colonne cervicale face, profil et obliques, la Dresse Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a ainsi constaté le 19 février 2010 une pèjoration de la discopathie C5-C6 depuis le contrôle effectué en 2003, ainsi qu'un amincissement du disque C7-D1; il y avait également une uncarthrose droite en C5-C6. Au niveau de la colonne lombaire, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ a mentionné une hyperlordose lombaire basse et une ébauche de dextroscoliose haute avec rotation axiale des vertèbres L1-L2, et des discopathies L3-L4 et L4-L5 figurées par un amincissement discal, sans altérations dégénératives notables au niveau des apophyses articulaires postérieures. Dans son rapport du 1<sup>er</sup> mars 2010, le Dr P.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de cervico-brachialgies droites non déficitaires dans un contexte de discarthrose et uncarthrose C5-C6 (M54.2) et de lombosciatalgies droites non déficitaires dans un contexte de troubles statiques, protrusions discales étagées et troubles dégénératifs postérieurs L4-L5. Un status post-entorse grave du genou gauche traitée chirurgicalement était sans effet sur la capacité de travail. Le rapport du Dr P.\_\_\_\_\_ a pour le surplus la teneur suivante :

## "APPRECIATION DU CAS

Lors de l'entretien, Madame J. \_\_\_\_\_ nous apprend avoir repris son travail à 50% depuis août 2009, elle travaille le vendredi et le samedi, les deux jours où elle a le plus de monde. L'assurée travaille seule, elle n'a pas d'employé, contacte des musiciens pour animer les soirées. L'assurée fait la cuisine, sert, s'occupe également de la gestion de sa petite entreprise et du recrutement des artistes. Son travail nécessite une station debout prolongée, il n'est pas rare que l'assurée travaille 10 heures le samedi soir.

Le parcours professionnel de l'assurée est diversifié, elle a tout d'abord fait une formation de speakerine lorsqu'elle était à [...], puis un certificat de capacité de cafetier-restauratrice à l'âge de 30 ans; elle a travaillé encore par la suite comme assistante dentaire, mais sans formation certifiée. L'assurée dit avoir eu également à travailler comme maître d'hôtel et chef de service à l'Auberge de [...]. Madame J. \_\_\_\_\_ aime son activité professionnelle actuelle, elle sent ses limites, elle n'arrive pas à travailler au-delà de 50%. L'assurée a comme idée de se réorienter dans un domaine artistique, Madame J. \_\_\_\_\_ dit avoir également une formation de comédienne.

L'assurée est gênée au premier plan par une lombo-sciatalgie D [droite] de trajet radiculaire difficile à systématiser, les douleurs irradiant d'abord selon le trajet S1 et finissent au gros orteil, c'est-à-dire le territoire L5. Les symptômes sont quotidiens avec des épisodes de blocages, 1 fois par mois pouvant durer 2-3 jours. Les symptômes revêtent clairement une composante mécanique avec des douleurs apparaissant lors de station debout prolongée, à la marche, lorsque l'assurée se baisse. Il est difficile de retenir une éventuelle composante inflammatoire. L'assurée annonce un dérouillage matinal prolongé jusqu'à 3 heures, mais elle ne se réveille pas la nuit.

Au deuxième plan, l'assurée annonce des cervico-brachialgies D de territoire non-système-matisable sur le plan radiculaire. Les symptômes sont moins fréquents, la dérangent de l'ordre d'une semaine par mois.

Au niveau neurologique, Madame J. \_\_\_\_\_ décrit une diminution de la sensibilité intermittente du gros orteil D, c'est-à-dire du territoire L5 depuis 1 1/2 an.

L'assurée prend quotidiennement de l'Aulin® (anti-inflammatoire) 2x/jour, jusqu'à 4x/jour pendant les crises : elle prend 3x/jour du Zalidar® lorsqu'elle travaille. L'assurée est encore prise en charge par un ostéopathe 1x/mois, elle a également eu des traitements d'acupuncture; l'assurée a des traitements de physiothérapie en piscine à F. \_\_\_\_\_.

En ce qui concerne le suivi médical spécialisé, l'assurée n'a pas revu la Dresse R. \_\_\_\_\_. Le médecin du centre d'antalgie à [...] n'a pas retenu d'indication à un geste infiltratif.

L'examen clinique montre une assurée en bon état de santé général, elle n'a pas de comportement algique spontané, si ce n'est des transferts couché-assis légèrement ralentis par une douleur lombaire. L'examen de médecine interne montre une fosse iliaque D et G [gauche] sensible à la palpation, l'assurée n'a pas l'abdomen ballonné, les bruits sont normaux, il n'y a pas d'abdomen aigu. Les signes cliniques décrits peuvent être mis en relation avec une stase fécale dans le côlon.

Au niveau neurologique, il n'y a pas d'amyotrophie de dénervation, pas de troubles sensitivo moteurs tant au niveau des membres

supérieurs qu'inférieurs. Les réflexes stylo-radiaux ne sont pas obtenus, les réflexes bicipitaux concernant les mêmes racines sont normo-vifs, l'assurée a une excellente force de préhension. Il n'y a pas de sciatalgie irritative.

L'examen articulaire périphérique des membres supérieurs est sp [sans particularité]. Les hanches sont normo mobiles, l'assurée a une périarthrite de hanche du côté D se manifestant non seulement par une douleur à la palpation rétro-trochantérienne, mais par une douleur en rotation externe et en rotation interne contrariée.

Dans un status après plastie ligamentaire, le genou G est stable avec une mobilité complète, est indolore, sans épanchement.

L'assurée a de multiples points d'insertion douloureux, nous avons 9/18 points de Smythe positifs, le nombre de points est insuffisant pour retenir le diagnostic de fibromyalgie. Il n'y a pas d'arthrite périphérique.

Au niveau du rachis, l'assurée a une bascule du bassin sur une inégalité de longueur du membre inférieur D mesurée à 1,5 cm avec les radiographies. Il n'y a pas de gibbosité en flexion du tronc. Nous n'avons pas de troubles statiques conséquents à l'examen clinique dans le plan sagittal. Les radiographies montrent une horizontalisation du sacrum et une tendance à l'hyperlordose.

La mobilité de la nuque est légèrement limitée dans les rotations, douloureuse ddc [des deux côtés]; la palpation est douloureuse du côté D avec une augmentation de la tension musculaire. Les éléments décrits ci-dessus nous font retenir un syndrome rachidien léger.

Au niveau lombaire, la mobilité est complète en flexion avec un indice de Schober de + 55 cm contre les 5 cm attendus. Cette mobilité s'est nettement améliorée par rapport à celle décrite par la Dresse R. \_\_\_\_\_ dans sa dernière consultation (+ 2 cm); l'extension est limitée de un tiers. Tant la flexion que l'extension est douloureuse, ne permettant pas d'orienter vers une composante discale ou articulaire postérieure. La palpation lombaire est surtout douloureuse en L5 et dans une moindre mesure en L4, nous verrons sur les radiographies que ce sont les disques L3 et L4 qui présentent des anomalies. Le score de Waddell est négatif pour des signes de non-organicité.

La lecture du dossier radiologique montre en 2003 au niveau cervical une discopathie modérée en C5-C6 avec une uncarthrose, il n'y a pas encore de discarthrose (pas de sclérose des plateaux). L'assurée n'ayant pas eu de nouveau bilan depuis, nous complétons les clichés. Les radiographies de la nuque du 19 février 2010 montrent une péjoration des troubles dégénératifs avec un pincement avancé en C5-C6 et une sclérose des plateaux; le trou de conjugaison droit correspondant est moyennement rétréci. Nous avons vu à l'anamnèse qu'il n'y a pas de radiculalgie systématisable et à l'examen clinique qu'il n'y a pas de déficit sensitivo-moteur.

Au niveau lombaire, les troubles dégénératifs sont peu marqués, ils consistent en une protrusion circonférentielle en L3-L4, L4-L5 avec une ébauche de trouble dégénératif postérieur en L4-L5. Il n'y a pas de signes de compression radiculaire. Le pincement L4-L5 s'est légèrement péjoré entre 2003 et 2007. Les nouvelles radiographies de janvier 2010 ne montrent pas d'évolution des troubles dégénératifs lombaires.

Comme décrit dans le dossier l'atteinte du rachis cervical tant radiologique que clinique passe au premier plan, alors que l'atteinte lombaire est peu conséquente. Nous ne pouvons exclure que les

troubles statiques et dégénératifs lombaires agissent comme une épine irritative et de ce fait nous retenons également des limitations fonctionnelles d'épargne du rachis lombaire.

**Limitations fonctionnelles**

Rachis cervical : pas de mouvements répétés de flexion-extension, pas d'attitude prolongée de la tête en extension, pas de travail prolongé des bras au-delà de l'horizontale. Pas de port de charge au-delà de 5 kg.

Rachis lombaire : pas de flexion-extension répétée, pas d'attitude en porte-à-faux, le port de charge est davantage limité par la problématique cervicale; pas de position statique debout au-delà de 30 mn, assise au-delà de 60 mn.

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

L'assurée présente des arrêts de travail répétés depuis 2005 avec une longue maladie attestée par son médecin traitant depuis le 10.05.2009. Au vu de l'atteinte cervicale constatée, nous retenons également cette date.

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

L'incapacité de travail est restée stationnaire depuis lors avec une exigibilité de 50% dans l'activité habituelle effectuée par l'assurée qui n'est que partiellement adaptée. Le descriptif de son fonctionnement professionnel le vendredi et le samedi montre que l'assurée travaille à la limite de ses possibilités. Idéalement elle devrait fractionner son temps de travail sur la semaine.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée par la tolérance du rachis cervical et dans une moindre mesure du rachis lombaire aux contraintes mécaniques. Dans une activité adaptée respectant toutes les limitations fonctionnelles décrites, l'exigibilité est de 100% depuis le début de la longue maladie.

Au niveau thérapeutique, l'assurée pourrait bénéficier pour sa périarthrite de hanche D, d'infiltrations au niveau rétro-trochantérien D, ainsi que d'un traitement de physiothérapie ciblé (ultrasons, étirements musculaires)."

Dans son rapport du 11 mars 2010, le Dr C.\_\_\_\_\_ du SMR a constaté que l'assurée pouvait œuvrer à 50% dans son activité habituelle et à 100% dans une activité adaptée.

Une enquête économique pour les indépendants a été mise en œuvre le 21 octobre 2010. Dans son rapport du 24 novembre 2010, l'enquêteur a relevé que l'assurée était indépendante depuis 1992, avait obtenu sa patente de cafetier-restaurateur en 1993 et exploitait depuis 2002 en entreprise individuelle le café-bar dansant "Z.\_\_\_\_\_, bar à musique", ouvert du mercredi au dimanche de 20 heures à 2 heures, fermé en juillet-août. L'assurée travaillait seule les jours de peu d'affluence (mercredi, jeudi et dimanche), mais disposait d'une aide pour le week-end. De l'avis de l'enquêteur, ses comptes ne paraissaient pas

exploitables pour déterminer son préjudice économique, dans la mesure notamment où les indemnités journalières étaient portées en compte avec la masse salariale sans détail et dès lors que l'intéressée recevait l'aide de sa famille, non rémunérée. Les activités de l'assurée consistaient en des tâches administratives, relations publiques, contacts avec les groupes et organisations de concert, les achats, les activités du bar, la mise en place et les nettoyages. L'enquêteur a estimé que, compte tenu du bagage professionnel de l'assurée et de ses années d'expérience, un revenu mensuel de l'ordre de 4'485 francs pourrait être retenu selon la convention collective de travail (CCT), respectivement de 52'004 fr. sur la base de l'ESS (l'Enquête suisse sur la structure des salaires). Au terme de son rapport, l'enquêteur a proposé que le dossier de l'assurée soit examiné par un spécialiste en réadaptation afin de déterminer les possibilités et modalités propres à aider l'intéressée à réduire son préjudice économique.

Le 29 mars 2011, le Dr K.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que sa patiente avait présenté un blocage aigu, qui avait finalement cédé après l'administration d'un traitement conséquent le 28 mars 2011, toute antéflexion du tronc ou inflexion latérale demeurant empêchée. Le Dr K.\_\_\_\_\_ expliquait que l'assurée avait présenté de nombreux blocages dans l'année précédant son rapport, et craignait l'impasse thérapeutique.

Le 18 avril 2011, l'étiopathe-ostéopathe B.\_\_\_\_\_ a fait état d'affections plus chroniques depuis environ 4 ans.

L'assurée a suivi une mesure d'orientation auprès de T.\_\_\_\_\_, à l'issue de laquelle l'OAI lui a octroyé des mesures professionnelles sous la forme de la prise en charge d'une formation de base en marketing auprès de l'institut V.\_\_\_\_\_ du 30 août au 31 décembre 2011, ainsi qu'une sensibilisation en gestion de projets culturels auprès de l'Association O.\_\_\_\_\_. L'OAI a également prolongé la prise en charge des coûts pour des entretiens de coaching auprès de T.\_\_\_\_\_. Par la suite, il a pris en charge des cours de création d'événements et de manifestations pour la période du 10 janvier au 30 juin 2012.

A l'occasion d'un entretien téléphonique du 1<sup>er</sup> février 2012 à l'OAI, l'assurée a fait savoir à sa conseillère en réadaptation qu'elle poursuivait son reclassement mais avait des douleurs importantes, précisant conserver son activité indépendante dès lors qu'elle n'avait pas encore trouvé de repreneur.

Par téléphone à l'OAI du 13 février 2012, le Dr K. \_\_\_\_\_ a indiqué que sa patiente était débordée, car elle devait tout faire en même temps, à savoir la réadaptation et son activité indépendante, pour s'en sortir professionnellement. A ses yeux, elle en faisait trop et était peut-être au-dessus de ses possibilités.

Le 19 mars 2012, le Dr K. \_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI le rapport suivant :

"Madame J. \_\_\_\_\_ me consulte 1x par mois, pour bilan et soutien. Elle bénéficie de multiples thérapies de type manuel, dont une partie est payée de sa poche (ostéopathie, acupuncture, mésothérapie, ayurvéda). Malgré ces différents traitements, elle porte à bout de bras son restaurant de nuit qui est son gagne-pain, avec l'aide de son fils et du personnel intermittent.

Malgré une thérapie constituée de Aulin 2x100 p/j - Zaldiar 4x1cp/j + Tramadol en réserve, d'une part, et de Feldein ou Naramig pour ses migraines, la symptomatologie de la patiente se serait nettement accrue durant ces derniers mois sous forme de céphalées quotidiennes apparemment d'origine occipitale et d'une dorso-sciatalgie tenace bilatérale, s'exacerbant régulièrement le dimanche, le jour suivant la soirée [de] samedi, moment clé pour le chiffre d'affaires de son entreprise.

Actuellement, ces troubles rachidiens étagés occupent un bon 50% de son temps, sous forme de repos, ou soins thérapeutiques, avec une qualité de vie médiocre.

Il me semble que ces faits devraient être retenus dans les projections d'avenir de la patiente, et que l'incapacité de travail partielle devrait être chiffrée aux environs de 50%. »

Le Dr K. \_\_\_\_\_ a joint à son envoi un rapport du 8 février 2012 (colonne cervicale face et profil) du Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, constatant la présence d'une discopathie chronique accentuée en C5-C6, ainsi qu'un rapport d'IRM cérébrale avec angio-IRM endocrânienne du 13 février 2012 de la Dresse Q. \_\_\_\_\_, qui a conclu que le bilan avait objectivé de multiples lésions dans la substance blanche

sus-tentorielle d'origine indéterminée, avec la précision que des anomalies focales de la substance blanche étaient souvent mises en évidence chez les migraineux.

Le 27 mars 2012, l'OAI a accordé à l'assurée la prise en charge de frais de cours d'informatique de base à raison de deux heures par semaine du 23 avril au 30 juin 2012, ainsi que de cours d'anglais à raison d'une fois par semaine du 26 avril au 27 juillet 2012.

Par avis médical du 10 avril 2012, le Dr W. \_\_\_\_\_ du SMR a observé que le rapport du médecin traitant de l'assurée du 19 mars 2012 n'apportait aucun élément nouveau, ce médecin confirmant la capacité de travail dans l'activité habituelle de 50%.

Selon le rapport d'IRM cervicale du 8 mai 2012 de la Dresse Q. \_\_\_\_\_, le bilan IRM objectivait une discopathie isolée C5-C6 caractérisée par un débord discal à large base pouvant entraîner des cervicalgies mais sans conflit radiculaire secondaire. Il y avait également une ébauche d'uncarthrose bilatérale en C5-C6 et seulement à droite en C4-C5, ainsi qu'une petite cavitation centro-médicallaire de taille infra-centimétrique en regard du disque C6-C7 qui représentait plus probablement une ectasie localisée du canal épendymaire, sans signification pathologique. S'agissant de l'IRM lombaire, le bilan objectivait trois discopathies dégénératives modérées de L2-L3 à L4-L5 avec des signes de dégénérescence plus marqués en L3-L4 et L4-L5 où l'on observait un petit débord discal postéro-médian mais sans conflit radiculaire secondaire.

Par téléphone du 4 juin 2012 à l'OAI, l'assurée a indiqué que la poursuite des mesures d'ordre professionnel était très difficile pour elle. Elle avait beaucoup de douleurs au niveau du dos, et essayait de tout mener de front avec beaucoup de peine; un taux de 100% étant trop pour elle vu ses douleurs, un 50% dans l'événementiel lui paraissait approprié. Selon l'intéressée, le Dr K. \_\_\_\_\_ entendait un 50% dans une activité adaptée, donc dans l'événementiel.

Dans un courrier du 5 juin 2012 à l'OAI, l'assurée a fait état d'une péjoration de son état de santé depuis l'examen clinique du SMR. Expliquant ne plus être en mesure d'effectuer le 50% initialement prévu compte tenu de ses douleurs, elle a indiqué qu'elle allait mettre un terme à son activité de tenancière de bar le 30 juin 2012.

Dans un rapport du 4 juin 2012 au Dr K.\_\_\_\_\_, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a constaté que l'assurée présentait toujours cliniquement des cervicalgies avec des céphalées qui semblaient quotidiennes et entraînaient des douleurs occipitales vraisemblablement musculaires alors que par ailleurs l'examen clinique objectif était assez pauvre. Il n'y avait pas d'atteinte radiculaire, pas de trouble moteur, mais une colonne cervicale un peu raide, contractée et difficile à mobiliser. L'examen IRM mettait en évidence une très nette discopathie dégénérative C5-C6 avec une hernie médiane et paramédiane et une contrainte marquée sur le cordon médullaire. Y était associée une image d'hyper signal médullaire, située un peu plus en dessous, en regard de l'interligne sous-jacent, correspondant à une discrète dilatation de type syringomyélique. L'IRM lombaire ne mettait par ailleurs en évidence que des discopathies dégénératives banales sans hernie et sans indication particulière.

Sur requête de l'OAI, le Dr K.\_\_\_\_\_ lui a adressé un nouveau rapport le 17 juin 2012. Il y a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail une discopathie C5-C6 isolée avec hernie médiane et paramédiane, un léger rétrolisthésis de C5 sur C6, une uncarthrose débutante bilatérale C5-C6 et C4-C5 à droite, ainsi que des discopathies dégénératives lombaires L2-L3 et L4-L5, ces affections existant toutes depuis 2003, ainsi qu'un status après deux whiplash (en 1993 et 2007), des migraines de longue date et des céphalées cervicogènes (depuis 2012). Depuis l'été 2010, il y avait une recrudescence de l'intensité des lombalgies avec ou sans irritations radiculaires avec de fréquents blocages aigus, alors que d'importantes céphalées étaient venues se greffer début 2012 sur ce tableau lombaire. Il a estimé la capacité de travail de

l'assurée dans l'activité habituelle à 50% depuis le 16 mars 2011, en précisant que l'assurée travaillait au-dessus de ses forces pour maintenir le maigre revenu de son restaurant de nuit, avec, à chaque épisode aigu, une capacité de travail de 0% pendant 3 à 4 jours. Le Dr K. \_\_\_\_\_ a estimé qu'une activité adaptée était envisageable à 50%.

Le 19 juin 2012, l'OAI a admis de prendre en charge de nouveaux entretiens de coaching dans le cadre du reclassement de l'assurée. Le 23 juillet 2012, l'assurée a en outre été informée de la prolongation de la prise en charge de ses cours d'informatique et d'anglais, à raison d'une heure par semaine.

Dans son rapport REA final du 1<sup>er</sup> octobre 2012, la spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a constaté que l'assurée avait suivi un reclassement professionnel (art. 17 LAI) pour pouvoir œuvrer dans le domaine de l'événementiel. Elle avait ainsi suivi plusieurs cours (marketing, création d'événements et manifestations, bases d'informatique, consolidation des bases d'anglais), un module (O. \_\_\_\_\_ - sensibilisation en gestion de projets culturels) et bénéficiait d'une large expérience professionnelle dans ce secteur. Compte tenu de sa personnalité, de son profil professionnel et de ses acquis (reclassement professionnel), l'assurée était considérée comme étant à même de recouvrer sa capacité de gain antérieure dans le domaine de l'événementiel ou dans n'importe quelle activité simple permettant de préserver son état de santé (type industrie légère). L'assurée pourrait prétendre à un gain d'au moins 50'500 fr. à 100% en 2012 dans l'événementiel, avec 10% de facteur de réduction, respectivement de 48'674 fr. sur la base de l'ESS (activités simples et répétitives dans le domaine de l'industrie légère). Selon l'enquête pour indépendants, le revenu sans invalidité s'élevait à 52'004 francs.

Le 7 novembre 2012, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit au placement.

Par projet de décision du 7 décembre 2012, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à une rente d'invalidité; il a retenu une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, avec les limitations fonctionnelles suivantes : pas de mouvements répétés de flexion-extension, pas d'attitude prolongée de la tête en extension, pas de travail prolongé au-delà de l'horizontale, pas de port de charge de plus de 5 kg. Pas de flexion-extension répétée, pas d'attitude en porte-à-faux, pas de position statique debout au-delà de 30 minutes, assise au-delà de 60 minutes. Après comparaison du revenu sans invalidité (par 52'004 fr.) et du revenu avec invalidité (savoir 48'674 fr. 36 sur la base de l'ESS 2010 indexée en 2012 et d'un abattement de 10%), il en résultait un préjudice économique de 3'329 fr. 64 correspondant à un degré d'invalidité de 6.40%, qui n'ouvrait pas le droit à une rente.

Réagissant le 27 décembre 2012 à ce projet de décision, l'assurée a fait valoir que son état de santé se dégradait de jour en jour et qu'elle était dans l'incapacité de travailler, précisant qu'elle allait consulter d'autres spécialistes.

Par courrier du 4 février 2013, l'OAI a imparti à l'assurée un délai de 20 jours pour lui faire parvenir ses conclusions.

Le 11 février 2013, l'assurée a expliqué que le Dr M. \_\_\_\_\_ (réd. : spécialiste en chirurgie orthopédique et de la colonne vertébrale) lui avait confirmé que ses douleurs ne lui permettaient pas de trouver une occupation à plein temps.

Le Dr M. \_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI le 26 février 2013 un rapport dans lequel il a posé les diagnostics de lombalgies chroniques partiellement invalidantes sur discopathies dégénératives L3-L4, L4-L5, de discopathie C5-C6 grave avec sténose spinale et d'hallux valgus droit douloureux. Ce médecin a estimé que la symptomatologie douloureuse empêchait actuellement l'assurée d'exercer une activité professionnelle essentiellement en position debout telle que celle qu'elle avait exercée

jusqu'à l'année précédente (et dans laquelle sa capacité de travail était de 0%). Une amélioration partielle de la capacité de travail pourrait être obtenue grâce à une reconversion professionnelle vers une activité de type sédentaire, qui pourrait être exercée à un taux d'au moins 50%. Le Dr M.\_\_\_\_\_ demandait dès lors à l'OAI de bien vouloir réévaluer le dossier de sa patiente, de reconnaître son incapacité d'exercer son activité de base et de l'assister dans sa reconversion professionnelle.

Par avis médical du 19 mars 2013, le Dr W.\_\_\_\_\_ du SMR a relevé que les observations du Dr M.\_\_\_\_\_ ne faisaient que confirmer les conclusions du rapport SMR de mars 2010 et n'apportaient aucun élément nouveau.

Le 16 avril 2013, l'OAI a accordé à l'assurée un placement à l'essai auprès de la société D.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> avril au 30 juin 2013.

Par décision du 13 mai 2013, l'OAI a confirmé son projet du 7 décembre 2012 et a refusé à l'assurée le droit à une rente. Dans une lettre du même jour, l'OAI a précisé que les éléments médicaux produits n'attestaient pas de faits nouveaux, mais constituaient une appréciation différente d'une situation similaire.

**B.** Par acte du 5 juin 2013, J.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière. Elle estime que sa capacité de travail est nulle dans toute activité professionnelle. A titre de mesures d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique.

Désormais représentée par Me Florence Bourqui de l'Association Intégration Handicap, la recourante a précisé que son état de santé avait évolué défavorablement durant les six derniers mois. Elle ajoute que, selon le Dr M.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 26 février 2013, elle pourrait certes exercer une activité sédentaire au taux "d'au moins 50% ", à charge pour l'OAI toutefois de réévaluer son dossier, ce qu'il n'a pas fait.

La recourante se réfère également au rapport du Dr K. \_\_\_\_\_ du 4 juillet 2013 selon lequel le traitement non chirurgical a échoué et qui suggère des investigations médicales supplémentaires en cas de persistance des douleurs, en vue d'une intervention chirurgicale. Avec son écriture, l'assurée a produit les pièces suivantes :

- une lettre du Dr M. \_\_\_\_\_ du 7 février 2013 au Dr K. \_\_\_\_\_, comprenant l'évaluation suivante du cas :

"La symptomatologie douloureuse dérangeant particulièrement cette patiente est actuellement lombaire, très vraisemblablement sur les discopathies L3-L4, L4-L5. La symptomatologie cervicale est à mettre sur le compte de la discopathie C5-C6, aggravée par de multiples traumatismes en coup du lapin, actuellement moins douloureuse, vraisemblablement à la suite d'une prise en charge physique récente. Du point de vue lombaire, Madame J. \_\_\_\_\_ a déjà bénéficié d'une prise en charge médicamenteuse, physique, en physiothérapie et surtout d'un séjour stationnaire durant un mois dans le service de réhabilitation du U. \_\_\_\_\_ ainsi qu'antalgique dans le cadre du centre antidouleurs de [...], hélas sans bénéfice, raison pour laquelle il faut en conclure que nous nous trouvons face à un échec du traitement non chirurgical. Je proposerais d'emblée d'essayer de régulariser sa situation auprès de l'AI, surtout avec une reconnaissance de son cas et une possible reconversion professionnelle pour laquelle je reste à disposition pour remplir les papiers. D'autre part, du point de vue thérapeutique, on pourrait envisager d'étendre les investigations de la patiente au Centre E. \_\_\_\_\_ du Prof. S. \_\_\_\_\_ avec notamment des discographies à la recherche de la cause exacte à la base de ses douleurs et de là, pouvoir éventuellement proposer à la patiente une prise en charge chirurgicale, traitement qui devrait bien entendu être effectué au U. \_\_\_\_\_ en raison de sa couverture assécurologique."

- le rapport précité du 4 juillet 2013 du Dr K. \_\_\_\_\_, selon lequel l'état de sa patiente ne s'était pas amélioré à la suite de la fermeture de son restaurant de nuit, l'assurée ayant présenté une intensification des nuchalgies, des lombalgies et plusieurs blocages ayant conduit à des arrêts complets du 14 au 19 mai et du 16 au 19 juin [2013]; pour le Dr K. \_\_\_\_\_, la patiente supportant mal les heures face à l'ordinateur lors de la préparation des "événements" ou les longues stations debout pendant leur déroulement, une reconversion ne paraissait plus possible et une demande de rente à 100% était indiquée.

Dans sa réponse du 31 juillet 2013, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Le 5 septembre 2013, l'intimé a maintenu sa position, en se référant à un avis du SMR du 28 août 2013 du Dr H.\_\_\_\_\_, selon lequel les "blocages" aigus mentionnés par le Dr K.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 4 juillet 2013 ne nécessitaient que de courtes interruptions de travail, sans qu'il s'agisse d'atteintes invalidantes au sens de l'AI. D'autre part, le Dr H.\_\_\_\_\_ relevait que selon le rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ du 7 février 2013, l'examen clinique était sans particularité, hormis les douleurs par définition subjectives à la palpation rachidienne, status qui ne différait pas de celui décrit par le Dr P.\_\_\_\_\_ en 2010.

Le 2 octobre 2013, la recourante a expliqué que le Dr M.\_\_\_\_\_ ne faisait état que d'une *projection* dans son rapport du 26 février 2013, en précisant qu'il appartenait à l'OAI d'examiner la question de l'activité adaptée. En outre, le Dr K.\_\_\_\_\_ attestait une dégradation de son état de santé, allant à l'encontre de la projection faite par le Dr M.\_\_\_\_\_. Elle s'est en outre prévalu d'un rapport d'évaluation des performances selon lequel on ne pouvait pas compter sur elle lorsque ses douleurs se déclaraient, l'assurée étant décrite comme "super capable si pas de soucis de dos". Elle en déduit que, dans la mesure où il subsiste un doute quant à la fiabilité et à la pertinence de l'appréciation du médecin interne à l'assureur social, une expertise judiciaire paraît incontournable. Elle a enfin produit un rapport du 4 octobre 2013 des Drs A.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin assistant auprès du Service de neurochirurgie du U.\_\_\_\_\_, selon lequel au vu des examens réalisés, un conflit radiculaire n'était pas mis en évidence, si bien que ces médecins ne retenaient pas de critère chirurgical. L'assurée présentait par ailleurs une discopathie arthrosique au niveau lombaire et cervical qui pouvait être à l'origine des douleurs l'empêchant de tenir une position continue au travail et serait adressée au Dr I.\_\_\_\_\_ de l'Hôpital Y.\_\_\_\_\_ pour améliorer la prise en charge antalgique.

Le 4 novembre 2013, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours, en se ralliant à une appréciation du 23 octobre 2013 du Dr H.\_\_\_\_\_, selon laquelle les pièces produites par la recourante n'étaient pas de nature à modifier la position de l'OAI.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a et 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56ss LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile devant le tribunal compétent. Il remplit les autres exigences légales de forme et est par conséquent recevable (art. 61 let. b LPGA).

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action 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 let. a LPA-VD).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont

des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243; 121 V 362 consid. 1b p. 366).

**c)** Le litige porte en l'espèce sur le droit éventuel de l'assurée à une rente d'invalidité, en particulier sur l'évaluation de sa capacité de travail.

**3. 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 (cf. 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 (cf. 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 si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au

moins (cf. art. 28 al. 1 LAI). 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 (cf. art. 16 LPGA).

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4; cf. TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c et 105 V 156 consid. 1; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

**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. 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a; cf. TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (ATF 135 V 465).

Quant aux rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; cf. TF 9C\_94/2014 du 2 avril 2014 consid. 4.1).

**4.** Il n'est pas contesté que l'assurée présente des atteintes au niveau du dos. Le Dr P.\_\_\_\_\_ a du reste retenu dans son rapport du 1<sup>er</sup> mars 2010 les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de cervico-brachialgies droites non déficitaires dans un contexte de discarthrose et uncarthrose C5-C6 et de lombosciatalgies droites non déficitaires dans un contexte de troubles statiques, protrusions discales étagées et troubles dégénératifs postérieurs L4-L5.

Le Dr P.\_\_\_\_\_ a posé ces diagnostics après avoir fait procéder à de nouveaux examens d'imagerie, savoir des radiographies de la colonne lombaire, face et profil, ainsi que de la colonne cervicale, face, profil et obliques. Pour établir son rapport, l'expert a effectué une étude circonstanciée du dossier de l'assurée. Il s'est fondé sur des examens complets de celle-ci, a décrit ses plaintes, son anamnèse, le contexte médical, et a finalement posé une appréciation claire et motivée de la situation médicale, parvenant à la conclusion que la recourante présente une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle, et de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (rachis cervical :

pas de mouvements répétés de flexion-extension, pas d'attitude prolongée de la tête en extension, pas de travail prolongé des bras au-delà de l'horizontale. Pas de port de charge au-delà de 5 kg. Rachis lombaire : pas de flexion-extension répétée, pas d'attitude en porte-à-faux, le port de charge est davantage limité par la problématique cervicale; pas de position statique debout au-delà de 30 minutes, assise au-delà de 60 minutes). Le rapport du Dr P.\_\_\_\_\_ remplit donc les réquisits jurisprudentiels permettant de se voir reconnaître pleine valeur probante. En outre, et quoi qu'en dise la recourante, ledit rapport n'a pas été valablement contredit : sous l'angle diagnostique en premier lieu, les médecins consultés constatent des atteintes au niveau du rachis lombaire et cervical. Ainsi comme le Dr P.\_\_\_\_\_, le Dr K.\_\_\_\_\_ a fait état dans son rapport du 27 juillet 2009 de cervicalgies chroniques sur cervicarthrose C5-C6 et de lombalgies chroniques sur troubles statiques et discopathies étagées L3-L4 et L4-L5, diagnostics également posés par la Dresse R.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 25 juin 2007).

Si le Dr K.\_\_\_\_\_ a initialement fait état d'un rendement réduit de 30 à 40% dans l'activité habituelle de restauratrice d'un petit établissement de nuit, et de 80% dans une activité adaptée (cf. rapport du 27 septembre 2009), il a ensuite estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle s'élevait à 50% - rejoignant en cela l'appréciation du Dr P.\_\_\_\_\_ - ce taux prévalant également dans une activité adaptée (cf. rapport du 17 juin 2012). Finalement, le Dr K.\_\_\_\_\_ a indiqué dans son rapport du 4 juillet 2013 qu'"une demande de rente à 100%" était indiquée. Or le médecin traitant est le seul à faire état d'une péjoration au niveau de la capacité de travail. Dite péjoration n'est au demeurant pas objectivée par les examens mis en œuvre. En particulier, le rapport du radiologue N.\_\_\_\_\_ du 8 février 2012 atteste la présence d'une discopathie chronique accentuée en C5-C6, déjà connue et bien mise en évidence par le Dr P.\_\_\_\_\_. Quant à l'IRM cérébrale avec angio-IRM endocrânienne de la Dresse Q.\_\_\_\_\_ du 13 février 2012, elle a certes mis en évidence des lésions dans la substance blanche sus-tentorielle d'origine indéterminée; toutefois, pour la radiologue, des anomalies focales de la substance blanche sont souvent mises en évidence chez les

migraineux. Selon le rapport d'IRM cervicale du 8 mai 2012, le bilan IRM a objectivé une discopathie isolée de C5-C6, déjà connue, et une ébauche d'une carthrose bilatérale en C5-C6 et seulement à droite en C4-C5. L'IRM lombaire a pour sa part mis en évidence trois discopathies dégénératives modérées en L2-L3 à L4-L5, également déjà présentes en 2010 lors de l'examen par le Dr P.\_\_\_\_\_. De surcroît, de l'avis du neurologue G.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 4 juin 2012), l'IRM lombaire ne montre que des discopathies dégénératives banales sans hernie et sans indication particulière. Au niveau cervical, le Dr G.\_\_\_\_\_ a observé que l'IRM avait mis en évidence une très nette discopathie C5-C6 dégénérative avec une hernie médiane et paramédiane et une contrainte marquée sur le cordon médullaire. Toutefois l'examen clinique objectif était assez pauvre, et il n'y avait pas d'atteinte radiculaire, ni de trouble moteur, mais une colonne cervicale un peu raide, contractée et difficile à mobiliser. Ces observations sont une fois encore superposables à celles du Dr P.\_\_\_\_\_ : ce dernier avait en effet déjà relevé que la mobilité de la nuque était légèrement limitée dans les rotations et douloureuse des deux côtés.

Le Dr K.\_\_\_\_\_ semble considérer que les blocages présentés par la patiente attestent la péjoration de son état. Il a ainsi fait état le 29 mars 2011 d'un blocage aigu, qui avait finalement cédé après l'administration d'un traitement conséquent, expliquant que sa patiente avait, dans l'année précédent son rapport, présenté de nombreux blocages. Or cette situation était connue du Dr P.\_\_\_\_\_ lorsqu'il a examiné la recourante : ce spécialiste a en effet relevé dans son rapport que l'assurée présentait des épisodes de blocages, une fois par mois, pouvant durer 2 à 3 jours. Ce que décrit à cet égard le Dr K.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 4 juillet 2013 n'est pas différent : ce médecin met en avant le fait que sa patiente a présenté du 14 au 19 mai et du 16 au 19 juin [2013] des épisodes de blocages. Cela étant il y a lieu de convenir, avec le Dr H.\_\_\_\_\_ (cf. avis SMR du 28 août 2013), que les blocages mentionnés ne nécessitent que de courtes interruptions de travail et ne constituent dès lors pas des atteintes invalidantes au sens de l'AI. On relèvera encore que l'activité habituelle de la recourante est partiellement inadaptée, compte tenu de ses limitations fonctionnelles, et ne pouvait être

poursuivie qu'à 50%, et pour autant que la recourante fractionne son temps de travail sur la semaine. Le DrP. \_\_\_\_\_ observait bien que le descriptif du fonctionnement professionnel de celle-ci, le vendredi et le samedi, montrait que l'assurée travaillait à la limite de ses possibilités. C'est du reste ce qu'a constaté le Dr K. \_\_\_\_\_ le 13 février 2012, lorsqu'il a indiqué que la patiente était peut-être "au-dessus de ses possibilités".

Il n'est ainsi pas contesté que la recourante présente des douleurs aux niveaux lombaire et cervical, et que son activité habituelle de tenancière de bar indépendante n'est que partiellement adaptée - et ne l'était pas de la façon dont l'exerçait la recourante, qui concentrait ses activités sur les vendredis et samedis. Toutefois, la recourante présente bien une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (à savoir, pour le rachis cervical, pas de mouvements répétés de flexion-extension, pas d'attitude prolongée de la tête en extension, pas de travail prolongé au-delà de l'horizontale, pas de port de charge de plus de 5 kg, et, pour le rachis lombaire, pas de flexion-extension répétée, pas d'attitude en porte-à-faux, et pas de position statique debout au-delà de 30 minutes, assise au-delà de 60 minutes). L'appréciation du Dr M. \_\_\_\_\_ du 26 février 2013 dont se prévaut la recourante ne contredit pas ce qui précède, ce médecin estimant qu'une activité de type sédentaire pourrait être exercée "à un taux d'au moins 50%", sans plus amples précisions. Toutefois ce médecin relève des affections connues, savoir d'une part la discopathie C5-C6, et d'autre part les discopathies L3-L4 et L4-L5 (cf. sa lettre du 7 février 2013). Au demeurant, le Dr M. \_\_\_\_\_ note une symptomatologie cervicale moins douloureuse, qu'il attribue vraisemblablement à une prise en charge physique récente. Au plan lombaire, il fait état d'un échec du traitement non chirurgical. Les Drs A. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ ont pour leur part estimé qu'en l'absence de conflit radiculaire, ils ne retenaient pas de critère chirurgical. Ces médecins sont d'avis que la discopathie aux niveaux lombaire et cervical pourrait être à l'origine des douleurs empêchant l'assurée de tenir une position continue au travail. Or la position statique debout au-delà de 30 minutes et la position statique assise au-delà de 60 minutes ont été retenues par le Dr P. \_\_\_\_\_ comme limitations

fonctionnelles au niveau du rachis lombaire et donc dûment prises en compte.

La recourante présente donc bien une capacité de travail complète dans une activité adaptée, sans que des éléments nouveaux postérieurs à l'examen du Dr P. \_\_\_\_\_ ne viennent attester la péjoration dont elle se prévaut. Quant au grief selon lequel l'OAI n'aurait pas suivi le Dr M. \_\_\_\_\_ qui suggérait que son dossier soit réévalué, il ne peut être retenu : il apparaît plutôt que ce médecin n'a pas été informé que la recourante avait suivi un reclassement professionnel pour pouvoir œuvrer dans le domaine de l'événementiel, ayant suivi plusieurs cours (marketing, création d'événements et manifestations, bases d'informatique, consolidation de l'anglais) et un module (O. \_\_\_\_\_ - sensibilisation en gestion de projets culturels). La recourante soutient en outre en se référant au rapport du Dr K. \_\_\_\_\_ du 4 juillet 2013 qu'elle s'expose à une intervention chirurgicale vu l'échec du traitement non médical. Or les Drs A. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ ont exclu cette éventualité en l'état (cf. rapport du 4 octobre 2013). S'agissant enfin du rapport d'évaluation des performances dont la recourante tire argument, il ne s'agit pas d'un rapport médical, mais d'un bref rapport de stage, qui vient au demeurant confirmer ce qu'a relevé le Dr H. \_\_\_\_\_ du SMR dans son avis du 28 août 2013 : on y lit ainsi que la recourante est "super capable" quand elle n'a pas de soucis de dos. Or, ainsi qu'on l'a vu, les blocages ponctuels de la recourante ont été pris en considération dans l'appréciation de sa situation.

La recourante n'a pour le surplus pas contesté le calcul du taux d'invalidité auquel l'intimé a procédé. Le revenu sans invalidité est fondé sur l'enquête économique pour les indépendants mise en œuvre le 21 octobre 2010. Quant au revenu avec invalidité, il a été arrêté sur la base de l'ESS 2010 (activités simples et répétitives dans le domaine de l'industrie légère), indexé en 2012, avec un abattement de 10%. On relèvera à toutes fins utiles que même un abattement de 25%, taux maximum admis par la jurisprudence (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa),

n'aurait pas été propre à ouvrir le droit à la rente (52'004 fr. ./ 37'875 fr. [50'500 fr. ./ 25 %] = 14'129 fr., soit un degré d'invalidité de 27,17%).

**5.** Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'en compléter l'instruction en ordonnant une expertise. La requête en ce sens de la recourante doit ainsi être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2; TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1). Par ailleurs, comme exposé, aucun document médical versé au dossier n'a permis de mettre en doute l'appréciation du Dr P.\_\_\_\_\_, qui a pleine valeur probante (ATF 135 V 465).

**6. a)** Vu ce qui précède, le recours apparaît mal fondé et doit être rejeté, la décision querellée étant confirmée.

**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 ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie, celle-ci étant en effet tenue au remboursement des frais dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

**c)** In casu, les frais judiciaires sont arrêtés à 400 fr. et sont mis à la charge de la recourante, qui succombe. Toutefois, dès lors que cette dernière est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de recouvrement (art. 5 RAJ [règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile]; RSV 211.02.3).

Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD). Il n'est pas non plus nécessaire de fixer une indemnité dans le cadre de l'assistance judiciaire, vu que l'octroi de celle-ci a été limité aux frais judiciaires.

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 13 mai 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** La recourante, bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 al. 1 CPV applicable sur renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais de justice mis à la charge de l'Etat.
- V.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Florence Bourqui, Association Intégration Handicap, à Lausanne (pour la requérante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :