

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 septembre 2015

Composition : Mme PASCHE, présidente
MM. Dépraz, juge, et Reinberg, assesseur
Greffier : M. Grob

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourante, représentée par Me Michael Bütikofer, avocat
à Bienne,

et

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

Art. 6, 7, 8, 16, 43 al. 1 et 44 LPGA ; 4, 28, 69 al. 1^{bis} LAI

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1992 prématurément à 30 semaines et 4 jours, présente depuis lors une neuropathie périphérique asymétrique des membres inférieurs avec des déformations au niveau des hanches, des genoux et des pieds. Elle souffre en particulier d'un genu valgum qualifié d'impressionnant et présente des coaptations internes et une hyperlaxité du compartiment interne, ainsi qu'une importante déformation au niveau des pieds, ceux-ci étant en valgus, courts et de taille déformée avec un abductus de l'avant-pied. D'un point de vue fonctionnel, si son endurance à la marche a progressé, celle-ci est à l'origine de lésions régulières et problématiques au niveau des pieds, qui sont difficiles à chausser (cf. annexe au rapport du 7 juillet 2009 du Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

Equipée d'une paire de supports coques plastiques puis de chaussures orthopédiques, l'assurée a suivi une scolarité normale et a entrepris un apprentissage d'employée de commerce dès le 24 août 2009. Elle a obtenu son certificat de capacité d'employée de commerce - formation de base le 30 juin 2012.

Dans un formulaire du 25 mai 2012, l'assurée a fait savoir à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) qu'elle avait pris connaissance de l'information sur l'aide au placement et souhaitait bénéficier de cette prestation, précisant qu'elle ne pensait pas réussir à assumer un poste à 100% au vu de son état de santé et sollicitant des informations sur les démarches relatives aux rentes de l'assurance-invalidité (ci-après : AI).

Par communication du 12 juin 2012, l'OAI a signifié à l'assurée qu'un soutien dans ses recherches d'emploi allait lui être fourni par son service de placement et que son droit à d'éventuelles autres prestations allait encore être examiné.

Dans un rapport du 25 juillet 2012, le Dr Z._____ a exposé que l'atteinte neurologique périphérique de l'assurée évoluait en une paralysie congénitale avec une atteinte plutôt de type médullaire et d'importants troubles de la coordination. Il a ainsi diagnostiqué une paralysie congénitale avec atteinte proprioceptive sévère et relevé que le périmètre de marche de l'intéressée était limité à environ 1 heure.

L'assurée s'est rendue à un entretien d'aide au placement auprès de l'OAI le 13 août 2012. Dans une note du même jour faisant suite à cette entrevue, le collaborateur de l'OAI a indiqué que l'intéressée ne souhaitait pas travailler au-delà de 60% au maximum car il lui serait difficile de réaliser les tâches quotidiennes pour son ménage, notamment en raison de son état de santé.

Par contrat du 3 septembre 2012, l'assurée a été engagée en qualité d'employée de commerce auprès de [...] SA pour la période du 1^{er} septembre au 30 novembre 2012, à un taux d'activité de 60%, pour un salaire mensuel brut de 2'400 fr., versé 12 fois l'an.

Le 25 septembre 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'AI, en faisant état de « malformations des os et atteintes périphériques » depuis la naissance.

Le 28 septembre 2012, la Dresse H._____, spécialiste en médecine interne générale, a établi un certificat médical faisant état d'une incapacité de travail définitive de 50% de l'assurée, dès le 1^{er} septembre 2012.

Selon une communication interne du 4 décembre 2012, l'OAI a décidé d'interpeller le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), afin de connaître l'exigibilité de l'assurée. Ce document mentionne encore ce qui suit :

« En outre, Mme K._____ nous a signé une décharge, notifiant qu'elle ne s'estime pas capable de travail à 100% dans une activité professionnelle adaptée.

D'autre part, elle a débuté un stage sous forme d'un placement à l'essai chez L._____ SA à [...], en tant qu'employée de commerce à 100%. Après 1 semaine d'activité, elle nous indique ressentir une grande fatigue due à sa problématique de santé. ».

Par communication du 12 décembre 2012, l'OAI a signifié à l'assurée que les conditions pour l'octroi d'un placement à l'essai étaient remplies, ledit placement ayant eu lieu auprès de L._____ SA du 26 novembre au 10 décembre 2012, à un taux de 50%.

Par courrier du 11 avril 2013, l'assurée a transmis à l'OAI un contrat conclu avec S._____ SA, l'engageant en qualité d'employée de commerce dès le 1^{er} février 2013, à un taux d'activité de 50%, pour un salaire mensuel brut de 2'000 fr., versé 12 fois l'an. Se référant à sa demande de prestations du 25 septembre 2012, l'intéressée a en outre indiqué souhaiter continuer les démarches nécessaires à la prise de décision la concernant.

Dans son rapport du 9 juillet 2013 à l'attention du SMR, le Dr Z._____ a exposé, sur la base d'un examen réalisé le 17 juillet 2012, que l'assurée pourrait travailler au moins à 80%, précisant que « ceci nécessiterait bien sûr une réévaluation ». S'agissant des limitations fonctionnelles de sa patiente, ce praticien a indiqué qu'elles se manifestaient principalement dans des activités lourdes et que l'assurée devrait bénéficier idéalement d'un travail plutôt sédentaire, ce qui correspondait à sa formation, avec des possibilités de changement régulier de position.

Le 16 juillet 2013, se fondant sur les rapports des 25 juillet 2012 et 9 juillet 2013 du Dr Z._____, les Drs B._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation, et J._____, tous deux médecins au SMR, ont établi un rapport faisant état d'une incapacité de travail durable de 20% de l'assurée depuis juillet 2012, date de la fin de son apprentissage, et d'une capacité de travail exigible de 80% dans son

activité habituelle d'employée de commerce ou dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, qu'ils ont décrites comme suit : « absence de port de charge au-delà de 2-3 kg (charges très légères) ; possibilité de changer de position 2x/heure ; pas de marche sans s'arrêter au-delà de 20 mn ; port de chaussures orthopédiques ». Ces praticiens ont précisé que le travail d'employée de commerce leur semblait particulièrement bien adapté à l'atteinte à la santé de l'assurée et que la fatigabilité qu'elle signalait pouvait être en relation avec les efforts prodigués lors des déplacements.

Le 11 février 2014, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision lui refusant l'octroi d'une rente d'invalidité. Se référant au rapport du SMR du 16 juillet 2013, l'Office a considéré que l'assurée présentait une capacité de travail de 80% dans son activité d'employée de commerce depuis juillet 2012, date de la fin de son apprentissage, ou dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Comparant le revenu qu'elle aurait pu réaliser en bonne santé en tant qu'employée de commerce, soit 54'483 fr. selon la brochure « Info-Vaud 2013 », avec le revenu auquel elle pouvait prétendre dans une activité adaptée d'employée de commerce à 80%, soit 38'400 fr. selon le rapport de l'employeur S._____ SA, l'OAI a calculé la perte de gain de l'assurée à un montant de 16'083 fr., correspondant à un degré d'invalidité de 29.51%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Le 22 février 2014, l'assurée s'est opposée au projet de décision susmentionné. Elle a indiqué à l'OAI que son état de santé s'était dégradé durant l'hiver à la suite d'une surcharge de travail, précisant avoir eu deux examens médicaux les 12 et 21 février 2014 avec son médecin de famille, le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale, qui avait décidé, au vu de l'âge adulte atteint par l'intéressée, de refaire un bilan complet afin de réexaminer son handicap et réévaluer les soins et aides nécessaires pour conserver ses capacités physiques.

Par courrier du 26 mars 2014, le Dr F._____ a informé l'OAI que l'assurée était convoquée pour un bilan complet le 12 juin 2014 au

Centre X._____, à [...], et requis qu'aucune décision ne soit rendue avant les résultats de ces examens.

Dans un avis médical du 7 avril 2014 à l'OAI, les Drs D._____ et N._____, médecins au SMR, ont proposé d'attendre de recevoir le rapport du Centre X._____ avant de rendre une décision définitive concernant l'assurée, précisant cependant que son activité d'employée de commerce leur semblait parfaitement adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Dans son rapport du 9 avril 2014 au Dr F._____ et transmis à l'OAI le même jour, le Dr Z._____ a diagnostiqué chez l'assurée une paraplégie congénitale avec atteinte proprioceptive sévère et déformation des pieds. Il a indiqué que sa patiente se déplaçait avec une boiterie d'insuffisance neuro-musculaire distale importante et présentait d'importantes déformations des pieds de par leur brièveté, ceux-ci étant en talus surtout marqués du côté gauche. Il a relevé une absence d'activité des muscles fibulaires, un jambier antérieur coté à 3, une atteinte autrement L5 quasi-totale, l'absence de faiblesse du quadriceps, ainsi que l'absence de triceps et d'ischio-jambier, précisant que la situation était un tout petit peu mieux du côté droit. Ce praticien a encore exposé que l'assurée présentait des troubles de la sensibilité profonde avec des difficultés pallesthésiques et avait bénéficié d'une ostéotomie fémorale proximale ainsi que de corrections au niveau des orteils avec un hallux varus secondaire au niveau du pied droit. Le Dr Z._____ a préconisé de maintenir une prise en charge physiothérapeutique hebdomadaire et le chaussage orthopédique sur mesure. Il a conclu son rapport en précisant que la démarche de l'assurée auprès de l'OAI pour une rente à 50% lui paraissait légitime compte tenu de ses difficultés de déplacements et de son handicap neuro-moteur.

Par courrier du 24 juin 2014, le Dr F._____ a transmis à l'OAI un rapport d'examen neurologique de l'assurée établi le 13 juin 2014 par le Dr Q._____, spécialiste en neurologie et en psychiatrie et psychothérapie au Centre X._____, duquel il ressort que l'assurée ne

souffrait pas seulement de problèmes orthopédiques, mais aussi neurologiques. Le Dr F._____ a également exposé qu'une IRM (imagerie par résonance magnétique) du cerveau et un examen neuropsychologique devaient encore être organisés. Il a encore indiqué que l'arrêt cardio-respiratoire survenu à la naissance de l'assurée avait pu endommager le cerveau avec des lésions qui n'avaient pas été cherchées jusqu'alors, mais qui expliqueraient le ralentissement global et une certaine inhibition des fonctions exécutives.

Par avis médical du 30 juin 2014, le Dr J._____ du SMR a notamment fait part de ce qui suit à l'OAI :

« (...)

Le Dr F._____ mentionne que le Dr Q._____ objective une atteinte pas seulement orthopédique mais également neurologique. Il s'agit d'un problème connu de longue date car si à l'origine il s'agit d'une souffrance de la moelle vraisemblablement d'une souffrance neurologique au niveau de la moelle épinière (IRM toujours normale également en avril 2014 comme mentionné par le Dr Q._____) celle-ci a engendré une parésie et une spasticité secondaire musculaire des MI [membres inférieurs]. Ce sont donc les séquelles orthopédiques qui expliquent l'atteinte à la santé actuelle ainsi que les LF [limitations fonctionnelles].

Le Dr F._____ mentionne vouloir encore organiser une IRM du cerveau et un examen neuropsychologique à la recherche de lésions cérébrales pouvant expliquer la fatigabilité signalée par l'assurée.

Cette assurée a subi une atteinte médullaire périnatale et pas d'atteinte cérébrale. Il est également peu probable qu'une atteinte neuropsychologique existe chez une assurée faisant activement de la musique (hautbois ; piano ; basse, cf rapport du Dr Z._____ du 09.04.2014).

A noter que le Dr Z._____ retient le 09.04.2014 une CT [capacité de travail] de 50% sans changement notable de la situation médicale depuis 2012. Nous confirmons son attestation de 80% de 2012.

(...) ».

Une IRM cérébrale a été pratiquée sur l'assurée le 1^{er} juillet 2014. Dans son rapport y relatif du même jour, le Dr U._____, spécialiste en radiologie, a exposé que l'examen n'avait révélé aucune lésion visible, ni notamment aucune séquelle décelable.

Par courrier du 17 septembre 2014, le Dr F. _____ a transmis à l'OAI un rapport du 27 juin 2014 du Dr G. _____, spécialiste en médecine interne générale et en médecine physique et réadaptation au Centre X. _____, établi à la suite d'examens détaillés de l'intéressée, faisant état d'une capacité de travail exigible de l'assurée de 60% si elle ne faisait pas usage d'un fauteuil roulant, respectivement de 80% en cas d'usage d'un tel fauteuil, mais précisant cependant que l'utilisation d'un fauteuil roulant serait préjudiciable à son entraînement à la marche. Le Dr F. _____ a également transmis le rapport du 1^{er} juillet 2014 du Dr U. _____, ainsi qu'un rapport d'examen neurologique établi le 5 septembre 2014 par la neuropsychologue et logopédiste R. _____, dont la conclusion est la suivante :

« L'examen neuropsychologique chez cette jeune femme collaborante et adéquate de 22 ans, connue pour une paraplégie et un arrêt cardio-respiratoire à la naissance, met en évidence :

- Une efficacité intellectuelle dans la norme inférieure.
- Un bon niveau de langage écrit et un niveau dans la moyenne inférieure en numération et géométrie.
- Des capacités attentionnelles et exécutives globalement dans la norme ou dans sa limite.
- Une mémoire de travail à la limite de la norme.
- Une très bonne mémoire antérograde verbale.
- Un trouble spécifique de la récupération en mémoire visuelle alors que la reconnaissance est préservée.

Le tableau clinique est celui d'une patiente paraplégique au fonctionnement intellectuel dans la moyenne inférieure ayant des capacités cognitives préservées dans leur ensemble, hormis pour une légère faiblesse en mémoire de travail et surtout une atteinte spécifique de la récupération en mémoire visuelle. Cette observation est stable (sur deux séances et sur deux épreuves différentes) et cohérente avec les observations qualitatives. Par exemple, Mme K. _____ parvient à un bon niveau de reconnaissance visuelle, tout en hésitant beaucoup à ce type de tests, comme si elle ne pouvait pas consciemment récupérer le souvenir visuel, mais qu'elle choisissait un peu au hasard ou en tout cas sans certitude, en obtenant des résultats en reconnaissance qui se situent au final tout à fait dans la norme. Tout semble donc indiquer qu'au niveau de la mémoire visuelle le sentiment de familiarité est préservé, ce qui permet de bonnes capacités de reconnaissance, mais que la récupération explicite est déficitaire. Une discordance similaire semble ressortir, bien que de façon moins marquée, au niveau des apprentissages scolaires. Le bon niveau de langage écrit contraste avec des capacités inférieures en mathématiques. Ce profil est compatible avec une souffrance hémisphérique plus marquée à droite. ».

Invités à se prononcer sur les rapports transmis le 17 septembre 2014 par le Dr F._____, les Drs W._____ et V._____, médecins au SMR, ont indiqué dans leur avis médical du 17 octobre 2014 à l'OAI, que ces documents confirmaient les atteintes déjà connues et n'apportaient rien de nouveau au dossier. Considérant que le bilan neurologique, soit les rapports des Drs G._____ et U._____ des 27 juin et 1^{er} juillet 2014, était rassurant et que l'examen neuropsychologique était dans la limite de la norme, ils ont confirmé leur position, soit une capacité de travail de 80% de l'assurée dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Par décision du 15 janvier 2015, l'OAI a intégralement confirmé son projet de décision du 11 février 2014 et refusé d'octroyer une rente d'invalidité en faveur de l'assurée. Par courrier du même jour auquel été annexée ladite décision, l'OAI a exposé à l'intéressée que les conclusions et éléments médicaux remis à la suite du projet de décision, lesquels ont été soumis au SMR pour avis, n'attestaient d'aucun fait nouveau et constituaient une appréciation différente d'une situation similaire à l'appréciation du SMR.

Par courrier du 26 janvier 2015, le Dr F._____ a prié l'OAI de reconsidérer sa décision, rappelant que le rapport du 27 juin 2014 du Dr G._____ faisait état d'une capacité de travail de l'assurée de 60% et que l'examen neuropsychologique révélait des performances à la limite inférieure de la norme, expliquant un certain ralentissement global, dont il fallait tenir compte dans les activités du quotidien.

Par courrier du 30 janvier 2015, l'OAI a signifié à l'assurée que l'exigibilité de 80% dans une activité adaptée était maintenue et qu'en cas de désaccord, il lui appartenait de recourir contre la décision du 15 janvier 2015.

B. Par acte du 23 février 2015, K._____, représentée par Me Michael Bütikofer, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant, sous

suite de frais et dépens, à sa réforme dans le sens de l'octroi d'un quart de rente au minimum avec effet rétroactif au 1^{er} juillet 2013 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé. En substance, elle reproche à l'intimé d'avoir ignoré que le Dr Z. _____ avait indiqué dans son rapport du 9 juillet 2013 que l'estimation de la capacité de travail de 80% nécessiterait une réévaluation, alors même qu'elle a fait savoir à plusieurs reprises qu'elle ne se sentait pas en mesure de résister à un taux de travail de 100%, estimant que l'intimé n'a pas établi les faits relatifs à la capacité de travail de manière complète et cohérente. Elle fait également grief à l'intimé d'avoir retenu une capacité de travail de 80% contre l'avis du Dr G. _____, selon lequel la capacité de travail s'élève à 60% si elle effectue son travail sans fauteuil roulant, respectivement à 80% avec un tel fauteuil ; or dans la mesure où l'entraînement à la marche doit être poursuivi selon le Dr G. _____ - notamment pour éviter l'accroissement des risques de chutes -, c'est une capacité de travail de 60% au maximum qui doit être retenue, ce qui lui ouvrirait le droit à un quart de rente d'invalidité, relevant pour le surplus que le Dr Z. _____ a estimé que le droit à une demi rente lui paraissait justifié dans son rapport du 9 avril 2014. En dernier lieu, la recourante considère qu'il existe des doutes insurmontables quant aux constatations de l'intimé selon lesquelles sa capacité de travail serait de 80%, estimant dès lors que des « clarifications » doivent être apportées sur sa capacité de travail.

Dans sa réponse du 17 avril 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision du 15 janvier 2015. A cet égard, il fait valoir que le SMR a dûment pris en considération les pièces complémentaires transmises par le Dr F. _____ le 17 septembre 2014 et expliqué de façon convaincante les raisons pour lesquelles ces éléments nouveaux ne permettaient pas de s'écarter d'une exigibilité de 80% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante, comme un poste d'employée de commerce.

Par réplique du 11 juin 2015, la recourante a confirmé le contenu et les conclusions de son recours du 23 février 2015, relevant au surplus que le rapport du SMR du 17 octobre 2014 ne se prononçait pas

sur les conséquences négatives de l'utilisation d'un fauteuil roulant et n'était donc pas aussi complet que le rapport du Dr G. _____ du 27 juin 2014.

Dans sa duplique du 7 juillet 2015, l'intimé a intégralement confirmé le contenu et les conclusions de sa réponse du 17 avril 2015.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve de dérogations expresses, 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 (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur oppositions et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 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) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

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

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante peut prétendre à l'octroi d'une rente d'invalidité.

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

L'assuré a droit à une rente 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 (art. 28 al. 1 LAI). Aux termes de l'article 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. Selon l'article 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demie rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA).

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 (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les 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 exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c et 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable

sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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 exprimées par 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 médicales soient dûment 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 ; TF 9C_104/2014 du 10 mai 2014 consid. 4.1).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4).

4. a) En l'espèce, l'intimé, se fondant sur le rapport du Dr Z. _____ du 9 juillet 2013, a estimé que la recourante avait une capacité de travail de 80% dans son activité habituelle d'employée de commerce depuis juillet 2012, soit la date de la fin de son apprentissage. La recourante estime quant à elle que sa capacité de travail est au maximum de 60%, ce qui lui ouvrirait le droit à un quart de rente au moins.

b) Après examen des pièces au dossier, il apparaît que seul le Dr Z. _____ a fait état d'une capacité de travail de 80% de la recourante ; il l'a cependant fait à une occasion dans son rapport du 9 juillet 2013, tout en assortissant cet avis de la réserve suivante : « ceci nécessiterait bien sûr une réévaluation si vous le souhaitez », étant encore précisé que ce praticien s'est prononcé sur la base d'un examen de sa patiente du 17 juillet 2012, soit près d'un an auparavant. Or, ce même médecin, dans son rapport du 9 avril 2014, soit postérieurement à la dégradation de l'état de santé alléguée par la recourante en février 2014, s'est ensuite adressé au Dr F. _____ en lui disant qu'à ses yeux, l'intéressée devrait pouvoir bénéficier d'une rente à 50% compte tenu de ses difficultés de déplacement et de son handicap neuro-moteur. Ceci consacre une contradiction manifeste avec son rapport du 9 juillet 2013 sur lequel l'intimé se fonde pour fixer la capacité de travail à 80%. Cette appréciation va par ailleurs dans le sens de celle de la Dresse H. _____, qui a estimé que sa patiente présentait une incapacité de travail définitive de 50%.

De plus, les arguments du Dr G. _____ quant à l'utilisation d'un fauteuil roulant, qui permettrait une capacité de travail de 80% mais nuirait à l'entraînement à la marche de la recourante, n'apparaissent pas dénués de pertinence au regard notamment des limitations fonctionnelles de l'intéressée et n'ont pas été investigués ou discutés par l'intimé, étant rappelé que ce praticien, au demeurant spécialiste en médecine physique et réadaptation, a précisé, après avoir procédé à un examen complet de la recourante, que la capacité de travail n'était que de 60% si un tel fauteuil n'était pas utilisé.

Il ressort en outre des pièces médicales au dossier que la recourante paraît atteinte au plan neurologique, l'examen neuropsychologique mis en œuvre ayant révélé des performances à la limite inférieure de la norme, expliquant un certain ralentissement global, susceptible d'influer également sur la capacité de travail.

En définitive, les éléments au dossier ne sont pas suffisamment concordants pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. L'intimé s'est en effet prononcé sur la base d'un dossier médical comportant des contradictions, en s'abstenant de procéder à des mesures d'instruction en vue de trancher objectivement les avis discordants au dossier. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé – auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il appartiendra dès lors à l'intimé de mettre en œuvre une expertise médicale bidisciplinaire au sens de l'art. 44 LPGA, auprès d'un spécialiste en chirurgie orthopédique ainsi que d'un spécialiste en neurologie. Cela fait, il incombera ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de l'assurée.

5. a) Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

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 ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} 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 l'intimé, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

c) La recourante, qui obtient gain de cause en étant représentée par un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit en l'espèce être arrêté à 2'500 fr. compte tenu de

l'importance et de la complexité de la cause, lesquels seront mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 15 janvier 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante un montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Michael Bütikofer (pour K. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales.

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :