

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 novembre 2016

---

Composition : Mme THALMANN, président  
Mme Rossier et M. Gutmann, assesseurs  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

**Art. 6ss LPGA ; 4 al. 1, 28, 28a al. 1 et 29 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], ressortissante portugaise titulaire d'une autorisation de séjour en Suisse de type « C », a été employée par la Société coopérative L.\_\_\_\_\_ à [...]. Elle a successivement occupé, et toujours à plein temps, les fonctions suivantes au sein de la succursale L.\_\_\_\_\_ de [...]: vendeuse (du 18 septembre 1990 au 30 juin 1993), responsable de rayon (du 1<sup>er</sup> juillet 1993 au 28 février 1997), chef de rayon (du 1<sup>er</sup> mars 1997 au 31 août 2002), à nouveau vendeuse (ceci à la demande de l'intéressée, du 1<sup>er</sup> septembre 2002 au 31 juillet 2004) puis en dernier lieu, gestionnaire de vente au rayon fruits et légumes (du 24 juillet 2006 au 31 octobre 2014). B.\_\_\_\_\_ est titulaire de deux diplômes dans le domaine de la vente de détail obtenus en cours d'emploi (en 1995 et 1999).

Le 7 août 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'Office AI ou l'intimé). Dans un courrier du 25 juin 2013 joint, elle indiquait présenter de fortes douleurs lombaires persistantes malgré les traitements prodigués (infiltrations).

Dans un courrier du 16 août 2013 adressé à l'OAI, l'assureur perte de gain (X.\_\_\_\_\_ Assurance-maladie SA) a informé servir ses prestations en lien avec l'incapacité de travail de l'assurée. L'assureur perte de gain a remis une copie de son dossier, et en particulier les pièces médicales suivantes :

- Un rapport d'IRM lombaire du 31 juillet 2012 du Dr V.\_\_\_\_\_, radiologue FMH à l'hôpital de [...], dont il ressort les conclusions suivantes :

"Description :

Discopathie dégénérative L2-L3, L3-L4 et L4-L5 (diminution du signal hydrique centro-discal physiologique avec bombement discal postérieur sans hernie discale vraie).

Rupture de l'anneau fibreux postéro-médian et latéral gauche L4-L5 de type HIZ.

Aspect morphologique normal du cône terminal et des racines de la queue de cheval.

Absence de hernie discale.

Absence de rétrécissement canalaire ou foraminal significatif visible.

Angiome vertébral sans caractère suspect du plateau supérieur de D12 de 13 mm et en hypersignal T1 graisseux typique. Absence de lésion osseuse d'allure traumatique récente ou évolutive visible.

Arthrose interfacettaire postérieure bilatérale L4-L5 et surtout L5-S1 bilatérale avec oedème en T2 saturation de graisse en faveur du caractère symptomatique de cette arthrose.

Conclusion :

Absence de hernie discale. Arthrose interfacettaire postérieure bilatérale L4-L5 et surtout L5-S1 oedémateuse paraissant expliquer la symptomatologie clinique.

Je reste à disposition si une indication d'infiltration interfacettaire postérieure bilatérale L4-L5 et L5-S1 sous contrôle de la scopie est retenue."

- Un consilium neurologique du 2 août 2012 de la plume du Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie et en électroencéphalographie EEG, qui a posé le diagnostic de syndrome lombo-vertébral avec syndrome radiculaire L5 bilatéral à prédominance gauche, principalement algique mais sans évidence pour un canal lombaire étroit, le syndrome radiculaire s'accompagnant d'une discrète hypoesthésie sans autre déficit. A la première lecture de l'IRM lombaire précitée, ce neurologue excluait en outre la présence d'une hernie discale ou d'un phénomène compressif chez l'assurée. Il suggérait par conséquent de renforcer dans un premier temps le traitement médicamenteux déjà instauré sans exclure en cas d'échec de la prise en charge médicamenteuse, une infiltration interfacettaire postérieure étant précisé encore qu'une rééducation physique, une fois le syndrome lombo-vertébral apaisé, avec séances de physiothérapie s'avérait centrale dans la prise en charge à moyen/long terme.

- Un rapport du 21 septembre 2012 du Dr H.\_\_\_\_\_, médecin-chef du département d'anesthésie et centre d'antalgie à l'hôpital de [...] qui confirme l'existence, sur l'IRM du 31 juillet 2012, d'une arthrose postérieure des deux derniers niveaux lombaires des deux côtés, sans évidence de canal rétréci ou de hernie discale. Vu l'arthrose facettaire, il a été décidé de revoir l'assurée dans les trois à quatre semaines afin de lui

permettre de décider selon l'évolution de l'indication éventuelle à tenter des blocs facettaires des deux derniers niveaux lombaires des deux côtés.

- Un rapport du 1<sup>er</sup> mai 2013 de l'assureur perte de gain X. \_\_\_\_\_ dont il résulte en particulier qu'en sus de son traitement médicamenteux, l'assurée avait subi quatre infiltrations sans succès sur le long terme et qu'elle suivait de la physiothérapie à raison d'une séance par semaine, sa situation médicale n'étant pas stabilisée.

- Un rapport du 12 mai 2013 à l'intention du médecin-conseil de X. \_\_\_\_\_ Assurance-maladie SA, dans lequel le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale a posé le diagnostic de syndrome lombo-vertébral avec syndrome radiculaire L5 bilatéral à prédominance gauche, principalement algique, sur arthrose interfacettaire postérieure bilatérale L4-L5 et surtout L5-S1. Le médecin traitant estimait qu'en raison de douleurs lombaires et au membre inférieur gauche exacerbées depuis janvier 2013, l'activité habituelle de vendeuse à la L. \_\_\_\_\_ n'était plus possible mais que l'exercice d'une activité adaptée (où sa patiente ne devait pas se baisser/se lever trop souvent ni porter des charges trop lourdes [l'assurée ne pouvant pas remplir les étagères de produits, etc.]) restait exigible à 100% et dans un délai court.

Dans un rapport du 21 août 2013, le Dr S. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants :

“Diagnostics avec effet sur la capacité de travail :

- Syndrome lombo-vertébral avec syndrome radiculaire L5 bilatéral à prédominance gauche, principalement algique (02.08.2012).
- Syndrome pseudo-radiculaire L5 bilatéral à prédominance gauche, principalement algique (12 & 19.02.2013).
  - Possible syndrome du muscle piriforme gauche DD douleur de hanche gauche.
- Syndrome lombo-vertébral important (12 & 19 & 26.02.2013)

Diagnostics sans effet sur la capacité de travail :

- Possible syndrome du tunnel carpien bilatéral, non déficitaire.
- Excès pondéral.
- Hépatite C.
- Asthme avec allergie au pollen.”

Le Dr S. \_\_\_\_\_ mentionnait un pronostic défavorable après avoir vu l'assurée le 2 août 2012 puis les 12, 19 et 26 février 2013. Ses dernières constatations étaient les suivantes :

**“Les 12 & 19 & 26.02.2013**

Les douleurs se sont accentuées dans l'intervalle, les thérapies restant relativement inefficaces. Occasionnellement, la patiente ressent des paresthésies sur le membre inférieur gauche jusqu'à la plante du pied. Une brûlure est également présente à l'avant de la jambe, avec une dysesthésie au moindre contact. Tout déplacement avec mise en charge sur la jambe gauche entraîne une accentuation des douleurs.

Des infiltrations avec blocs facettaires L4-L5 & L5-S1 gauches et L5-S1 droites sont pratiquées, le 9/10/2012, avec une amélioration sur trois semaines, suivie d'une récurrence des douleurs. De ce fait, de nouveaux blocs facettaires sont réalisés le 20/11/2012 (L4-L5 & L5-S1 ddc). L'évolution est marquée par l'accroissement des douleurs du membre inférieur gauche, sans amélioration significative. Il est décidé d'effectuer une infiltration épidurale par abord médian L4-L5. La patiente n'en ressentira pas d'effet bénéfique significatif. Un doute quant à l'étiologie des douleurs est exprimé, considérant l'échec de ces traitements.

La patiente ressent, par ailleurs, un endormissement dans les deux mains, par intermittence, avec lâchages d'objets occasionnels.

Comme vendeuse à la L. \_\_\_\_\_ la patiente a dû s'arrêter à plusieurs reprises ces derniers mois, et est actuellement en arrêt maladie.

Médication actuelle: l'Ecofenac retard à 75 — 0 — 150 et de la Gabapentine à 900 — 600— 600, avec une augmentation amenant un léger soulagement, partiel toutefois. Seretid 2x/jour.

**IRM de la colonne lombaire du 18/02/2013 et IRM médullaire du 22/02/2013:** pas d'hernie discale ou de compression médullaire, mais présence d'une image d'éventuelle syringomyélie au cône médullaire → complément d'IRM: cordon médullaire d'aspect finalement normal.

Le statut neurologique n'apporte pas d'élément déficitaire, en particulier sur atteinte radiculaire. Les douleurs, très importantes et péjorées, en comparaison de l'été 2012, sont accentuées à la mise en charge du membre inférieur gauche. Ceci pourrait évoquer une pathologie de la hanche gauche, sans confirmation franche au statut. Il pourrait s'agir, en dehors d'une hernie discale, d'un syndrome du muscle piriforme par conflit musculo-nerveux avec le muscle pyramidal. → Je propose, dans un premier temps une augmentation de la Gabapentine à 3 x 900 mg par jour. Au vu de l'importance de la contraction musculaire paravertébrale, je recommande également une augmentation de la prise de Sirdalud à 2 — 2— 6 mg / jour.

La patiente bénéficie de l'augmentation de ce traitement. Une nouvelle augmentation, avec essai 1200 mg par prise de Gabapentine est par ailleurs mal supportée. Comme modulateur de la douleur, une médication d'Amitriptyline pourrait également être prescrite (10mg soir puis 25mg), demandant probablement à réduire

la prise de Sirdalud, en raison des effets secondaires sédatifs cumulatifs.

Une nouvelle prescription de physiothérapie, en particulier dans le but de tester l'hypothèse d'un éventuel conflit du nerf sciatique avec le muscle pyramidal (syndrome du muscle piriforme) et d'en proposer une thérapie ciblée.

Dans le cas d'un échec de cette prise en charge, la patiente pourrait être mise au bénéfice d'un programme type « école du dos », pour une prise en charge globale.”

Indiquant ne plus suivre l'assurée depuis la fin février 2013, ce neurologue mentionnait une incapacité de travail de celle-ci à 100% du 12 février 2013 au 5 mars 2013 dans la profession de vendeuse à la L.\_\_\_\_\_, la situation devant ensuite être réévaluée par le médecin traitant.

Le 24 août 2013, l'assurée a répondu s'agissant de la détermination de son statut qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100% en tant que gestionnaire de vente fruits et légumes ceci par nécessité financière.

Dans un rapport du 26 août 2013, le Dr J.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de syndrome lombo-vertébral avec syndrome radiculaire L5 bilatéral à prédominance gauche, principalement algique, sur arthrose interfacettaire postérieure bilatérale L4-L5 et surtout L5-S1 ainsi que ceux sans influence sur la capacité de travail d'asthme et d'obésité. Le médecin traitant disait ne pas être en mesure de se prononcer sur le pronostic de sa patiente sur le long terme et relevait ne pas avoir constaté de changement dernièrement. Sans se prononcer sur les limitations fonctionnelles dues à l'état de santé de l'assurée dans une activité adaptée, le Dr J.\_\_\_\_\_ a mentionné par contre les incapacités de travail suivantes dans la dernière activité de vendeuse à la L.\_\_\_\_\_ :

“AT100% du 24.11 au 27.11.11.

AT100% du 05.06 au 19.06.12.

AT50% du 20.06 au 24.06.12.

AT0% du 25.06.12.

AT100% le 28.06.12.

AT50% du 29.06 au 13.07.12.

AT100% du 27.07 au 19.08.12.

AT100% du 20.08 au 29.08.12.  
AT100% du 30.08 au 10.09.12.  
AT50% du 11.09 au 09.10.12.  
AT100% du 15 au 16.01.13.  
AT100% du 22.01 au 17.02.13.  
AT100% du 17.02 au 05.03.13.  
AT100% du 05.03 au 26.08.13 (à évaluer)”

Selon le questionnaire pour l'employeur complété le 28 août 2013 par la Société coopérative L.\_\_\_\_\_, en incapacité de travail à 100% dès le 22 janvier 2013, l'assurée était toujours employée au sein de l'entreprise, la fin de son droit aux indemnités journalières maladie se situant approximativement au 1<sup>er</sup> février 2015. Il était indiqué que pour son horaire de travail de 41 heures par semaine, l'assurée réalisait un revenu mensuel de 4'055 fr. dès le 1<sup>er</sup> janvier 2013, correspondant à un salaire annuel de 52'715 francs (4'055 fr. x 13).

Dans un rapport du 22 octobre 2013, le Dr H.\_\_\_\_\_ a notamment relevé ce qui suit :

“[...] En résumé, le problème pour lequel la patiente m'a été adressée par son médecin traitant (le Dr J.\_\_\_\_\_) consistant en des lombalgies avec une sciatgie gauche de territoire L5 avec une discrète hypoesthésie L5 associée à la présence d'une arthrose facettaire L4-L5 plus marquée encore en L5-S1 et ceci bilatéralement.

Un traitement médicamenteux bien conduit a été instauré par son médecin traitant et nous avons préconisé l'utilisation d'un TENS qui aide quelque peu la patiente sans plus.

Des blocs facettaires des niveaux L4-L5 et L5-S1 ont été réalisés à gauche ainsi que des blocs facettaires L5-S1 à droite vu le côté bilatéral des lombalgies.

Ces blocs se sont révélés avoir malheureusement des effets très temporaires lors de leur réalisation.

Une infiltration par un abord épidual associant anesthésiques locaux et corticoïdes dépôts, au niveau lombaire bas, ne l'a malheureusement pas aidée.

Lorsque nous avons revu la patiente pour la dernière fois au mois de mai 2013, nous n'avons pas effectué de nouveaux gestes d'antalgie interventionnelle et avons appris que la patiente poursuivait la physiothérapie ainsi qu'un traitement relativement lourd à base de Sirdalud, d'Ecofénae et de Neurontin.

Il n'est pas prévu que je revoie la patiente prochainement et me trouve donc peu à même de vous amener d'autres précisions."

Dans le cadre de la procédure de mesures d'intervention précoce mise en œuvre, le dossier de l'assurée a été présenté le 20 novembre 2013 à la permanence du Service Médical Régional (SMR) de l'AI par un des spécialistes en réinsertion professionnelle de l'OAI. Il résulte d'un avis médical du 20 novembre 2013 du Dr K.\_\_\_\_\_, du SMR, ce qui suit :

**"Date de la demande : 07.08.2013 (1<sup>ère</sup> demande, IP)**

Cette assurée portugaise de 51 ans, mariée et mère de 4 enfants, travaille depuis 2006 comme vendeuse fruits et légumes à la L.\_\_\_\_\_. Elle est en IT [incapacité de travail] depuis le 22.01.2013 en raison de lombalgies. Elle dépose une demande AI le 07.08.2013.

Dans le dossier APG du 19.08.2013, on trouve un rapport du MT [médecin traitant] Dr J.\_\_\_\_\_, daté du 12.05.2013 et faisant état d'un syndrome lombo-vertébral avec syndrome radiculaire L5 bilatéral non déficitaire, sur arthrose interfacettaire postérieure L4-L5 et L5-S1. Le MT mentionne que l'assurée pourrait travailler à 100% dans une activité adaptée, dans un délai assez court. Les rapports d'IRM (31.07.2012), de consilium neurologique (02.08.2012, Dr S.\_\_\_\_\_) confirment ces éléments.

Le neurologue Dr S.\_\_\_\_\_ (RM 21.08.2013) signale avoir vu l'assurée pour ses lombalgies chroniques le 02.08.2012 puis à deux reprises en février 2013; malgré le traitement antalgique et des infiltrations facettaires, la symptomatologie algique persiste. Le neurologue ne se prononce pas sur les limitations fonctionnelles ni sur la CT [capacité de travail] et renvoie au médecin traitant.

Ce dernier, dans son rapport du 26.08.2013, n'apporte pas d'autres éléments ; il atteste que la reprise de l'activité habituelle n'est pas possible.

Le Dr H.\_\_\_\_\_, chef du service d'antalgie de [...] (RM 22.10.2013) ne remplit pas le rapport AI; il mentionne simplement avoir effectué des infiltrations facettaires, avec effet très temporaire. Il n'a pas revu l'assurée depuis mai 2013.

On peut admettre qu'il existe une atteinte lombaire durablement incapacitante dans l'activité de vendeuse exercée debout, avec des ports de charges. Comme mentionné par le médecin traitant, la CT est entière dans une activité légère adaptée.

LM : 22.01.2013

LF : pas de port de charges de plus de 10 kg ; pas de porte-à-faux ; alternance des positions.

CT comme vendeuse : 0%

CT dans AA [activité adaptée]: 100% depuis juin 2013

Début aptitude REA [réadaptation] : juin 2013”

Par communication du même jour, l’OAI a accordé une mesure d’orientation professionnelle à l’assurée auprès d’ [...] à [...] (« Evaluation du potentiel et des compétences »), du 16 janvier au 20 février 2014.

Dans un « Rapport de bilan » reçu le 26 février 2014 par l’Office AI, l’intervenante d’ [...] a relevé que les domaines professionnels adaptés et réalistes étaient : 1. Accueillante en milieu familial (maman de jour) / 2. Accueil-réception-téléphone.

Par décision du 4 mars 2014, X. \_\_\_\_\_ Assurance-maladie SA a mis fin au versement de ses prestations avec effet au 31 mai 2014. Cet assureur indiquait avoir mandaté une expertise médicale de l’assurée auprès de la clinique Z. \_\_\_\_\_ à [...] dont il résultait qu’en limitant le port de charges ainsi que la position en porte-à-faux, l’assurée bénéficiait d’une capacité de travail de 100% sans baisse de rendement. Or, dans ce genre de situation, l’obligation des assureurs maladie de payer des indemnités journalières se limitait à trois mois au maximum pour modifier ou rechercher une nouvelle profession.

Le même jour, l’assureur perte de gain a transmis à l’OAI une copie du rapport d’expertise médicale effectuée le 18 novembre 2013 par la Dresse C. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, de la clinique Z. \_\_\_\_\_ qui a posé les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de discopathie dégénérative L4-L5 et arthrose interapophysaire postérieure L5-S1 bilatérale. Il résulte de ce rapport notamment ce qui suit :

## **“DISCUSSION ET SYNTHÈSE**

### **1. SYNTHÈSE**

#### **a. Signes cliniques et paracliniques principaux**

Madame B. \_\_\_\_\_ présente des plaintes diffuses, touchant davantage et de manière historique le rachis lombaire, puis plus récemment le rachis cervical.

Par ailleurs, il existe une très mauvaise systématisation au deux niveaux, avec des irradiations dans les membres supérieurs et inférieurs, lesquelles ne correspondant à aucun trajet radiculaire précis, récusant alors un quelconque substrat neurologique sous-jacent.

Au niveau du rachis cervical, l'imagerie n'a pas fait sa preuve et aucun diagnostic n'a finalement été retenu.

Par contre, il existe une discopathie en L4-L5 au niveau du rachis lombaire, associée à des lésions interfacettaires à l'étage sous-jacent, soit en L5-S1, de façon bilatérale. Toutefois, cette discopathie n'est pas à l'origine d'une compression disco-radiculaire ou d'un rétrécissement du canal lombaire.

#### **b. Etat actuel, interactions et évolution prévisible**

L'expression clinique de la discopathie dégénérative L4-L5 avec arthrose interapophysaire postérieure L5-S1 est au stade stabilisé depuis août 2012. De plus, l'examen clinique ne fait pas écho aux données de l'imagerie. Ainsi, il existe une discordance conséquente ne permettant pas d'attribuer des limitations fonctionnelles aux plaintes de l'expertisée dans son dernier poste de travail, lequel avait été aménagé depuis début 2012.

Toutefois, l'évolution organique au niveau lombaire se fera vers une lente dégradation, mais pourra être contrôlée par un traitement médical approprié. Aucune cure chirurgicale n'est indiquée, tandis qu'un antalgique de palier I est à privilégier.

### **2. FACTEURS NON MEDICAUX**

Les facteurs suivants sont susceptibles d'interférer avec les délais médicaux de reprise de travail évoqués dans le rapport :

- âge  problèmes au poste de travail
- problèmes familiaux  stupéfiants (troubles primaires)
- difficultés financières  accident
- autres facteurs : manque de motivation à retourner au poste de travail habituel.

**Commentaire :** Au mois de mai 2013, le médecin traitant affirmait l'absence d'un facteur non médical pouvant entraver la capacité de travail (courrier médical du 12 mai 2013, Docteur J.\_\_\_\_\_, médecine générale, adressé à un médecin-conseil de X.\_\_\_\_\_, Organisation de santé). Ce jour, les facteurs non médicaux sont constitués d'une part par des difficultés financières, lesquelles sont liées au fait que l'expertisée a deux enfants à sa charge, mais également eu égard à son projet de devenir « ...maman de jour », pouvant être la traduction d'un manque de motivation pour un retour à son travail habituel.

### **3. LIMITATIONS ET INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LE DERNIER EMPLOI**

#### **Limitations somatiques**

Nihil. Le port de charges très lourdes (>50kg occasionnellement et/ou >25kg souvent et/ou 5-10kg en permanence) n'est pas requis sur le poste de travail habituel de l'assurée.

**Incapacité de travail, relevant des indemnités journalières en cas de maladie**

Au 29 octobre 2013, l'incapacité de travail est de 0% horaire sans diminution de rendement.

**4. LIMITATIONS ET INCAPACITE DE TRAVAIL DANS UN EMPLOI ADAPTE**

**Limitations somatiques**

Il existe une limitation dans le port de charges très lourdes, supérieures à 50kg occasionnellement et/ou > 25kg souvent et/ou 5-10kg en permanence, ainsi que la position en porte-à-faux lombaire. Toutefois, cette dernière est purement théorique et ne peut pas être retenue du fait de discordances trop importantes retrouvées tant au niveau de l'interrogatoire que de l'examen clinique. De ce fait, l'absence de concordances radio-cliniques fait réfuter cette limitation.

**Incapacité de travail relevant des indemnités journalières en cas de maladie**

En l'absence de limitations fonctionnelles dans l'emploi habituel, un emploi adapté n'est pas nécessaire. Toutefois, l'intéressée souhaitant, semble-t-il, ne pas reprendre une activité auprès de la L.\_\_\_\_\_, dans tout autre emploi respectant les limitations fonctionnelles décrites supra, l'incapacité de travail est de 0% horaire sans baisse de rendement au 29 octobre 2013."

Le 18 avril 2014, le Dr J.\_\_\_\_\_ s'est adressé en ces termes au médecin-conseil de l'assureur perte de gain :

"Me référant à la lettre de X.\_\_\_\_\_ du 04.03.14, où il est indiqué que les indemnités journalières ne seront versées que jusqu'au 31.05.2014, je demande à nouveau de revoir cette position.

Je rappelle que la patiente a été vue par Drs R.\_\_\_\_\_ rhumatologue en fév. 13, et également elle a été examinée par Drs P.\_\_\_\_\_ médecin associée dans le Service de Rhumatologie du CHUV en mars 14. Un séjour hospitalier de 3 semaines a été organisé par Drs P.\_\_\_\_\_ pour le 23.06.14.

J'estime avoir fait mon travail dans les règles de l'art et sans perte de temps.

Je demande que vous arrêtiez une position après ce séjour hospitalier prévu au CHUV le 23.06.14.

Dans l'attente d'une réponse, je vous prie de recevoir, Cher Confrère, mes meilleures salutations."

Il résulte d'une note d'entretien téléphonique du 19 mai 2014 du gestionnaire de l'OAI avec l'employeur qu'une reprise d'activité à 100% était prévue le 7 mai 2014 mais avait échoué compte tenu d'un nouveau rapport médical mentionnant un nouvel arrêt de travail à 100% jusqu'au

12 juin 2014. L'employeur confirmait en outre qu'une hospitalisation de l'assurée d'une durée de trois semaines était prévue dès le 23 juin suivant.

Le 3 juillet 2014, X.\_\_\_\_\_ Assurance-maladie SA a écrit à l'Office AI notamment ce qui suit :

“Nous nous référons à l'incapacité de travail de l'assurée susnommée qui a débuté le 22 janvier 2013.

A ce propos et au vu des nouveaux éléments médicaux qui nous ont été adressés par le Docteur J.\_\_\_\_\_, nous avons demandé un complément d'information auprès de notre médecin consultant.

Sur la base des renseignements que nous lui avons fournis, ce dernier a préavisé favorablement quant à la poursuite de l'incapacité de travail à 100 % jusqu'au 31 juillet 2014.

Par conséquent, nous vous informons que notre participation financière est prolongée jusqu'au 31 juillet prochain. Dès le 1<sup>er</sup> août 2014, la capacité de travail de notre membre est de nouveau entière, en tenant compte des limitations indiquées dans notre correspondance du 4 mars 2014.”

Par communication du même jour, l'OAI a informé l'assurée que selon ses investigations, aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible compte tenu du fait que sa situation médicale n'était pas encore stabilisée.

Le 8 août 2014, l'assurée a transmis à l'Office AI une lettre du 5 août 2014 de la Société coopérative L.\_\_\_\_\_, libellée en ces termes :

“Madame,

Nous accusons réception de votre certificat médical daté du 30 juillet 2014 établi par le Dr J.\_\_\_\_\_. Il atteste une incapacité de travail à 100% du 5 mars 2013 au 31 août 2014.

Or, selon le courrier du 3 juillet 2014, de notre assureur perte de gain maladie X.\_\_\_\_\_, il s'avère qu'il ne vous verse plus d'indemnité journalière maladie depuis le 1<sup>er</sup> août 2014.

Par conséquent, dans la mesure où votre médecin traitant vous prolonge votre incapacité jusqu'au 31 août 2014, nous vous informons que votre salaire ne vous sera donc plus versé dès le 1<sup>er</sup> août 2014.

Votre droit aux vacances sera réduit proportionnellement à la durée de votre absence.

Votre prochain 13<sup>e</sup> mois de salaire subira également une déduction au prorata de la durée de la suspension de salaire.

De plus, la durée de votre absence n'entrera pas dans le calcul de vos années d'engagement.

Nous attirons par ailleurs votre attention sur le fait que vous ne serez plus couverte, durant cette période, par les assurances de notre entreprise (perte de gain et accident). Il vous appartient de faire le nécessaire pour être suffisamment assurée à titre individuel."

Le 15 août 2014, le Dr J. \_\_\_\_\_ a établi un nouveau certificat d'arrêt de travail à la demande de sa patiente en remplacement de celui précédent du 30 juillet 2014. Il en ressort ce qui suit :

"Attestation médicale

Je, soussigné, confirme que Madame B. \_\_\_\_\_, née le [...].1962, est suivie régulièrement à ma consultation.

Cette attestation remplace celle émise le 30.07.14, avec un arrêt de travail de 100% du 31.07.14 au 31.08.14 y compris.

En effet, suite au séjour au CHUV et à un entretien téléphonique récent avec Drs P. \_\_\_\_\_ médecin associée en rhumatologie au CHUV, les conditions de reprise d'un travail sont les suivantes :

Activité adaptée avec comme limitation fonctionnelle : pas de charges plus importantes que 3 à 5 kg, alternance assise 30 min. / debout 30 min., pas de rotations du tronc, éviter le porte-à-faux du tronc."

Selon une note d'entretien établie à la suite d'une table ronde du 3 septembre 2014 entre l'assurée, son employeur, l'assureur perte de gain et l'OAI, le licenciement devait intervenir au 31 octobre 2014 avec réintroduction du salaire jusqu'à son terme, l'intéressée étant également libérée de l'obligation de travailler.

Dans un rapport du 7 octobre 2014 consécutif à l'hospitalisation de l'assurée de trois semaines dès le 23 juin 2014, la Dresse P. \_\_\_\_\_, médecin associée du service de rhumatologie au CHUV, a posé les diagnostics suivants :

"Diagnostics avec effet sur la capacité de travail :

- Lombalgies chroniques et pseudo-sciatalgies bilatérales non déficitaires sur :
  - Discopathies dégénératives étagées de L2 à S1 associées à une arthrose interfacettaire postérieure bilatérale L4/L5 et L5/S1.
  - Déconditionnement musculaire focal et global.

Diagnostics sans effet sur la capacité de travail :

- Asthme traité.
- Allergie aux pollens.
- Polypose nasale.
- Hépatite C chronique.
- HTA non traitée.
- Reflux gastro-oesophagien.
- Accident de la voie publique en 2011 avec TCC et plaie temporo-pariétale D.”

La Dresse P.\_\_\_\_\_ a retenu une incapacité de travail à 100% dès janvier 2013 dans la profession de vendeuse au rayon de fruits et légumes. Elle a en outre indiqué ce qui suit :

#### **“1.7**

**Questions sur l'activité exercée à ce jour:**

**Énumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes?**

**Comment se manifeste-t-elle au travail ?**

Je ne peux pas répondre à cette question.

**D'un point de vue médical, l'activité exercée est-elle encore exigible ?**

Non.

**Dans quelle mesure (heures par jour), avec quel profil du point de vue des charges et depuis quand une activité adaptée au handicap est-elle possible ?**

-

#### **1.8**

**Questions concernant des mesures de réadaptation professionnelle possibles:**

**Les restrictions énumérées, peuvent-elle être réduites par des mesures médicales?**

En effet, les traitements effectués lors de son hospitalisation n'ont pas apporté une amélioration de ses capacités physiques.

#### **1.9**

**Peut-on s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle resp. à une amélioration de la capacité de travail?**

Non.

**1.10**

**AI/AM/assureur accidents : un contact a-t-il été établi?**

-

**1.11**

**Informations supplémentaires, remarques et propositions:**

-

**Quels sont les travaux qui peuvent encore être exigés de la personne assurée, compte tenu des limitations dues à l'état de santé, dans le cadre d'une activité adaptée à son handicap?**

- Activité uniquement en position assise: Non.
- Activités uniquement en position debout : Non.
- Activités dans différentes positions: Oui. Max. 4 h/j avec des pauses.
- Activités exercées principalement en marchant (terrain irrégulier?): Non.
- Se pencher: Oui. Occasionnellement.
- Travailler avec les bras au-dessus de la tête: Oui. Occasionnellement.
- Accroupi: Non.
- A genoux: Non.
- Rotation en position assise/en position debout: Oui. Occasionnellement.
- Soulever/porter (près/loin du corps?): Oui. Max. 5 kg, occasionnellement.
- Monter sur une échelle/un échafaudage: Non.
- Monter les escaliers: Oui.
- Soulever/porter (près/loin du corps: Limite de poids: 5 kg.
- Capacité de concentration: Non limitée.
- Capacité de compréhension; Non limitée.
- Capacité d'adaptation: Non limitée.
- Résistance: Limitée; genre: physique. Voir évolution de l'ergothérapie.

**Depuis quand ces indications sont-elles valables?**

-

**Y a-t-il des points particuliers à respecter (par ex. une augmentation progressive de la capacité de travail, une place de travail calme)?**

-

**Y a-t-il besoin d'utiliser des moyens auxiliaires? Si oui, lesquels?**

Non."

En annexe à ce rapport, figuraient les documents suivants :

- un rapport du 11 mars 2014 établi par la Dresse P. \_\_\_\_\_ qui conclut en ces termes :

“Conclusions, traitement et évolution

Nous nous trouvons devant un cas complexe de douleurs chroniques du dos chez une patiente déconditionnée focalement et globalement, et qui présente sur le plan radiologique une arthrose lombaire discale et interfacettaire.

Comme à l'accoutumée, on peut parler d'une situation bio-psycho-sociale, vu que les douleurs chroniques ont déjà des répercussions majeures sur la capacité de travail et la situation financière d'une femme qui n'a aucune formation professionnelle et qui est actuellement sans possibilité de réinsertion professionnelle.

Par ailleurs, je note qu'elle pleure lorsqu'on évoque la perte financière et l'éventualité qu'elle doive s'adresser aux Services Sociaux pour demander de l'aide au moment où sa perte de gain s'arrêtera.

Il m'a paru très important qu'elle soit suivie par un confrère psychiatre qui lui aurait déjà parlé de l'administration d'un antidépresseur (je pense qu'il s'agirait probablement du Cymbalta), médication qui a la cote aujourd'hui pour ce type de pathologie.

En ce qui concerne la prise en charge multidisciplinaire, les éléments cliniques et la condition physique de cette patiente contre-indiquent un traitement ambulatoire sur 3 semaines, traitement qui serait pour elle trop important.

Par contre, un séjour hospitalier toujours sur 3 semaines a l'avantage d'ajuster les traitements en fonction de son état tout en gardant la multidisciplinarité.

En raison des disponibilités de notre part, ce type de prise en charge ne pourra se faire qu'à partir du 23.06 prochain. En attendant je lui ai délivré une ordonnance de physiothérapie qui devrait se faire en piscine au centre médical de [...].”

- Un rapport de prise en charge en ergothérapie du 11 juillet 2014, dont les conclusions sont les suivantes :

“Conclusion / Recommandations

Madame a été preneuse des conseils d'hygiène posturale permettant de diminuer les douleurs dans les activités quotidiennes. Elle constate une meilleure endurance et une meilleure mobilité dans ses activités quotidiennes. Elle dit être consciente qu'il peut y avoir des jours où la douleur est plus forte, mais qu'il est important de bouger. Mme se dit motivée à poursuivre une activité physique (piscine) après le séjour. Elle souhaite également reprendre une

activité professionnelle (éventuellement maman de jour). Mme n'aura pas de suivi en ergothérapie ambulatoire."

- Un rapport du 28 juillet 2014 de la Dresse P.\_\_\_\_\_ dont il ressort en particulier ceci :

"Synthèse - Discussion et évolution

Le traitement intensif (physiothérapie biquotidienne, ergothérapie) instauré durant les 3 semaines de séjour a permis à la patiente d'avoir une meilleure mobilité, une meilleure endurance. La patiente a également acquis une meilleure démarche et boîte beaucoup moins.

Sur le plan de la douleur, nous ne notons pas de nette amélioration, mais pouvons dire que la douleur est beaucoup mieux tolérée en fin de séjour. La patiente a bien compris les conseils d'hygiène posturale et a acquis de nouvelles stratégies pour mieux gérer ses douleurs.

Madame B.\_\_\_\_\_ est encouragée à continuer et à poursuivre les exercices, rester en mouvements malgré les douleurs afin de diminuer la kinésiophobie.

Nous donnons à cette patiente, à sa demande, un arrêt de travail jusqu'au 30.07.2014, date de retour de son médecin traitant. A noter que madame se voit, éventuellement, travailler comme gardienne d'enfants, mais qu'elle n'envisage pas du tout reprendre son ancien travail à la L.\_\_\_\_\_."

Il résulte d'un avis du 16 octobre 2014 du Dr K.\_\_\_\_\_, du SMR, notamment ce qui suit :

**"Voir l'Avis SMR du 20.11.2013**

Cette vendeuse fruits et légumes de 52 ans ne peut plus exercer son activité habituelle depuis janvier 2013 en raison de lombosciatalgies bilatérales non déficitaires type L5 sur [arthrose] interfacettaire postérieure L4-L5 et L5-S1. Elle a une CT de 100% dans une activité adaptée.

L'assurée a séjourné à l'Unité Rachis du CHUV du 23.06 au 11.07.2014 ; dans son rapport du 07.10.2014, la Dresse P.\_\_\_\_\_ confirme les éléments déjà connus, ainsi que les limitations fonctionnelles et CT retenues dans l'Avis SMR du 20.11.2013."

Par projet de décision du 2 février 2015, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui refuser le droit à la rente sur la base d'un degré d'invalidité de 7%. Selon ses constatations l'Office AI retenait qu'au

terme du délai d'attente d'un an, soit au 22 janvier 2014, l'assurée présentait une incapacité de travail (et de gain) totale dans son activité habituelle de gestionnaire de vente. Cependant, dans l'exercice d'une activité adaptée, à savoir : sans port de charges de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux et avec une alternance des positions, la capacité de travail de l'intéressée était de 100%.

A la suite des objections formulées le 9 février 2015 par l'assurée notamment s'agissant des limitations fonctionnelles retenues dans le projet de décision précité qui selon elle ne correspondaient pas à celles prises en compte par les Drs J.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ (port de charges limité à 5 kg maximum et limitations de rotation du tronc), son dossier a été soumis le 12 février suivant par l'OAI aux médecins du SMR pour une nouvelle prise de position.

Dans un avis du 5 mars 2015 du Dr T.\_\_\_\_\_ lu et approuvé par le Dr D.\_\_\_\_\_, du SMR, il est mentionné ce qui suit :

"L'assurée a contesté les LF retenues dans le rapport médical ayant servi de base au projet de décision de refus de rente du 2.02.2015.

Il était question d'éviter le port de charges de plus de 10 kg, le porte-à-faux et de respecter l'alternance régulière des positions. Dans ces conditions, une CT était estimée exigible à 100% dans une activité adaptée et ce, depuis juin 2013 (RM SMR 20.11.2013 et 16.10.2014).

Le médecin traitant quant à lui, faisant référence à l'appréciation de la Dresse P.\_\_\_\_\_ qui a pris en charge l'assurée durant son hospitalisation en rhumatologie au CHUV en juillet 2014, déclare comme LF : « *pas de charges plus importantes que 3 à 5 kg, alternance assise 30min./debout 30min., pas de rotation du tronc, éviter le porte-à-faux du tronc* » (RM 15.08.2014 Dr J.\_\_\_\_\_).

Nous reprenons donc le RM de la Dresse P.\_\_\_\_\_ daté du 07.10.2014 et adressé à l'OAI. Elle indique en page 3 (§ questions des LF dans le cadre d'une activité adaptée) : « activités dans différentes positions : oui. max 4h/jour avec des pauses; rotation en position assise/en position debout : oui, occasionnellement, soulever/porter (près/loin du corps ?): oui. max 5kg »

Au total: les conditions essentielles d'épargne du dos définissant l'activité adaptée apparaissent relativement superposables et suffisamment explicites pour maintenir les conclusions du dernier avis du SMR. Il est à noter par ailleurs que l'activité de maman de

jour envisagée et souhaitée par l'assurée ne répond pas tout à fait aux principes de précaution énoncés.”

Par décision du 12 mars 2015, l'OAI a refusé le droit à la rente à l'assurée. Ses constatations étaient les suivantes :

**“Résultat de nos constatations :**

Depuis le 22 janvier 2013 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail s'est considérablement restreinte.

Il ressort des pièces au dossier, qu'à la fin du délai d'attente d'une année, soit au 22 janvier 2014, vous présentez une incapacité de travail et de gain totale dans votre activité habituelle de gestionnaire de vente. Cependant, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges de plus de 5kg, pas de porte-à-faux, alternance des positions, rotation du tronc que occasionnellement, votre capacité de travail est entière.

Si vous n'aviez pas de problèmes de santé, vous pourriez obtenir à l'heure actuelle, en exerçant votre activité de gestionnaire de vente, un revenu annuel de CHF 52'715.00. Du point de vue médical, l'exercice d'une activité adaptée à 100% est raisonnablement exigible (par exemple employée dans la surveillance d'un processus de production, ouvrière de conditionnement dans l'industrie pharmaceutique, collaboratrice dans l'industrie légère) et vous permettrait de gagner CHF 48'768.35 par an selon les données statistiques ESS (enquête de l'Office fédéral de la statistique sur la structure des salaires) et en tenant compte d'un abattement de 10% au vu des limitations fonctionnelles présentées.

Le degré d'invalidité présenté est calculé ainsi :

**Comparaison des revenus:**

sans invalidité CHF 52'715.00

avec invalidité CHF 48'768.35

La perte de gain s'élève à CHF 3'946.65 = un degré d'invalidité de 7%

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

Le même jour, l'OAI a adressé la lettre suivante à l'assurée et faisant partie intégrante de la décision précitée :

“Madame,

Le 2 février 2015 nous vous avons fait parvenir un projet de décision de refus de rente, considérant que votre taux d'invalidité était inférieur à 40%.

Par courrier vous avez contesté notre position au plan médical en particulier les limitations fonctionnelles retenues.

Au vu des investigations et nouvelles pièces médicales au dossier, le médecin-conseil du Service Médical Régional admet les limitations fonctionnelles supplémentaires suivantes : port de charges de max. 5kg, rotation du tronc que occasionnellement, sans pour autant que celles-ci modifient l'exigibilité médicale.

En l'absence d'élément susceptible de modifier notre prise de position, notre projet du 2 février 2015 est fondé et doit être entièrement confirmé.

Nous vous transmettons ce jour la décision de refus de rente. Vous avez la possibilité de recourir contre cette dernière auprès du tribunal cantonal des assurances."

**B.** Par acte du 27 mars 2015, B.\_\_\_\_\_ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de refus de rente précitée et conclu implicitement à son annulation. Elle soutient en substance avoir beaucoup de peine à trouver et garder un emploi au vu de l'ensemble des restrictions liées à ses problèmes de santé. La recourante allègue également souffrir de dépression et être suivie depuis environ un an et demi par le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à [...]. Elle a produit diverses pièces figurant déjà au dossier parmi lesquelles une attestation établie le 15 août 2014 par le Dr J.\_\_\_\_\_. Elle a également produit une pièce mentionnant un rendez-vous le 9 décembre 2014 auprès du Dr W.\_\_\_\_\_.

Par réponse du 2 juin 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a produit un avis du 19 mai 2015 du Dr T.\_\_\_\_\_ du SMR selon lequel la restriction à 50% dans une activité adaptée émise par la Dresse P.\_\_\_\_\_ ne paraît pas fondée sur les éléments strictement médicaux et suffisamment étayés, raison pour laquelle il considère qu'il s'agit là d'une appréciation différente d'une même situation depuis fin octobre 2013 et qu'il n'y a pas de raison objective de s'écarter de l'avis de l'expert de la clinique Z.\_\_\_\_\_.

La recourante n'a pas répliqué dans le délai imparti au 26 juin 2015 par le Juge instructeur.

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

**1. a)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. L'art. 69 al. 1 let. a LAI prévoit 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 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre une décision prise 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 et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'occurrence, la question litigieuse consiste à déterminer si l'OAI était fondé à refuser le droit à la rente à la recourante.

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

**b)** Le droit à la rente requiert cumulativement que l'assuré présente une capacité de gain ou à accomplir ses travaux habituels qui ne puisse être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (a.), qu'il ait présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (b.) et qu'au terme de cette année, il se trouve invalide (art. 8 LPGA) à 40% minimum (c.) (art. 28 al. 1 LAI).

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

**c)** Aux termes de l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations

conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (al. 1); la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

Le ch. 2028 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), valable à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012, réserve le cas de la personne assurée qui ne pouvait connaître les circonstances donnant droit à la rente ou qui a été objectivement empêchée d'agir en temps utile pour cause de force majeure (p. ex. lors d'une maladie psychique grave). Dans ces cas, des prestations lui seront allouées rétroactivement à condition qu'elle présente une demande dans les six mois qui suivent le moment où elle a pris connaissance des faits ou la cessation de l'empêchement (par analogie avec la pratique actuelle selon la RCC 1988 p. 597, 1984 pp. 420 ss. consid. 1, 1975 p. 134).

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes. 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\_444/2014 du 17 novembre 2014, consid. 3.1, 9C\_83/2013 du 9 juillet 2013, consid. 4.2, 9C\_58/2013 du 22 mai 2013, consid. 3.1 et 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 9C\_444/2014 du 17 novembre 2014, consid. 3.1, 9C\_58/2013 du 22 mai 2013, consid. 3.1, I 312/2006 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

**b)** 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, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 8C\_624/2014 du 19 décembre 2014, consid. 5.4.2, 8C\_368/2013 du 25 février 2014, consid. 4.2.4, 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013, consid. 3.1, 9C\_1001/2012 du 29 mai 2013, consid. 2.2 et 9C\_418/2007 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 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 8C\_624/2014 du 19 décembre 2014, consid. 5.4.2, 9C\_205/2013 du 1<sup>er</sup> octobre 2013, consid. 3.2, 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013, consid. 3.1, 9C\_66/2013 du 1<sup>er</sup> juillet 2013, consid. 4, 9C\_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.1, 8C\_658/2008 et 8C\_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1).

Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; 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 et les références citées; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2 et 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008).

**c)** La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014, consid. 4.1.1, 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012, consid. 3, 9C\_584/2011 du 12 mars 2012, consid. 2.3 et 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011, consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011, consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C\_803/2013 du 13 février 2014, consid. 3.1, 9C\_298/2009 du 3 février 2010, consid. 2.2 et 9C\_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.2).

**5.** La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/2006 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge

par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré une atteinte à la santé mentale, exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPGA), que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGA) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1, 135 V 201 consid. 7.1.1 et 127 V 294 consid. 4c; TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.1 et 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1).

**6. a)** Sur le plan somatique, dans son expertise du 18 novembre 2013, la Dresse C.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de discopathie dégénérative L4-L5 et arthrose interapophysaire postérieure L5-S1 bilatérale, ces diagnostics n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. Elle retient comme limitation fonctionnelle le port de charges très lourdes, supérieures à 50kg occasionnellement et/ou supérieures à 25kg souvent et/ou de 5-10kg. Elle conclut à une pleine capacité de travail tant dans l'activité habituelle de la recourante telle qu'aménagée en 2012 que dans une activité adaptée. L'experte a constaté que les atteintes dégénératives décrites étaient stabilisées depuis au moins juillet 2012, les lésions objectivées à l'IRM du 31 juillet 2012 n'ayant pas évolué depuis lors. Elle précise toutefois que l'évolution organique au niveau lombaire se fera vers une lente dégradation, mais pourra être contrôlée par un traitement médical approprié.

Le 20 novembre 2013, le Dr K.\_\_\_\_\_ avait également estimé que la recourante avait une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 10 kg ; pas de porte-à-faux ; alternance des positions).

Ces conclusions ne sont pas mises en doute par celles du Dr J.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 15 août 2014 qui estime que l'assurée peut

travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à savoir celles retenues par la Dresse P.\_\_\_\_\_ (pas de charges plus importantes que 3 à 5 kg, alternance assise 30 min. / debout 30 min., pas de rotations du tronc et éviter le porte-à-faux du tronc). Cette praticienne retient des lombalgies chroniques et pseudo-sciatalgies bilatérales non déficitaires. Elle indique que la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée est de 4 heures par jour. Elle ne motive toutefois pas cette estimation dans son rapport du 7 octobre 2014. Elle semble tenir compte dans celle-ci de facteurs non médicaux dès lors que dans son rapport du 11 mars 2014, elle évoque des facteurs biopsychosociaux. Ses conclusions, insuffisamment documentées et semblant tenir compte de facteurs ne relevant pas de l'assurance-invalidité ne peuvent donc être suivies. Les limitations fonctionnelles qu'elle évoque recouvrent celles retenues par le Dr K.\_\_\_\_\_. Elles ne diffèrent qu'en ce qui concerne un port de charges moins élevé et le fait d'éviter des rotations du tronc. Toutefois ces mesures d'épargne du dos ne modifient en rien l'appréciation de la capacité de travail de la recourante comme l'explique le Dr T.\_\_\_\_\_.

Le rapport d'expertise de la Dresse C.\_\_\_\_\_ est fondé sur un examen approfondi du cas de la recourante, prend en considération ses plaintes et est exempt de contradictions. Ses conclusions claires et bien motivées doivent être suivies. Force est dès lors d'admettre que la recourante a une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

**b)** Sur le plan psychiatrique, il n'y a au dossier aucun rapport médical émanant d'un spécialiste en psychiatrie attestant d'une incapacité de travail. Il résulte seulement du rapport du 11 mars 2014 de la Dresse P.\_\_\_\_\_ que la recourante est suivie par un médecin psychiatre. En procédure, la recourante a produit uniquement une confirmation de rendez-vous à la mi-décembre 2014 chez le Dr W.\_\_\_\_\_.

Aucune incapacité de travail n'est dès lors à retenir sur le plan psychiatrique.

**7.** Sur le plan économique, la recourante n'émet aucune critique quant au calcul du taux d'invalidité. Il n'y a pas de motif de s'en écarter.

En conséquence, le droit à la rente n'est pas ouvert, le taux d'invalidité de la recourante étant inférieur à 40% (cf. art. 28 al. 2 LAI).

**8.** Vu ce qui précède, le recours mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**a)** 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); le montant des frais est fixé en fonction de l'importance et de la difficulté de la cause et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 4 al. 1 et 2 TFJDA [Tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur et de la complexité de la cause, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD).

**b)** Succombant, et au demeurant sans l'assistance d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, la recourante ne saurait prétendre une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

**I.** Le recours déposé le 27 mars 2015 par B.\_\_\_\_\_ est rejeté.

**II.** La décision rendue le 12 mars 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

**III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de B.\_\_\_\_\_.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- B.\_\_\_\_\_,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :