

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 novembre 2017

Composition : Mme THALMANN, présidente
M. Reinberg et Mme Dormond Béguelin, assesseurs,
Greffière : Mme Kreiner

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 16 LPGA ; art. 28 LAI

E n f a i t :

A. F. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], sans formation, est titulaire d'un permis d'établissement (C).

Le 23 juillet 2015, le Centre Social régional de [...] a déposé un formulaire de communication de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), au motif que l'assurée était incapable de travailler à 100 % depuis 2010-2011 en raison d'un problème aux genoux (impossible à opérer à cause du poids) et d'un problème abdominal (trois opérations). Il ressortait de ce formulaire que l'intéressée avait travaillé auprès du Restaurant Pizzeria de [...] (aide cuisine et nettoyage) à 100 % entre 2006 ou 2007 et 2007 ou 2008.

Dans un rapport initial de détection précoce du 5 août 2015, relatif à un entretien du même jour avec l'assurée, une spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a décrit comme suit la structure de la journée de l'intéressée : *« lessive, repassage, repas, un peu de nettoyages. Les membres de sa famille semble[nt] la mobiliser pour qu'elle assure un minimum de tâches dans son ménage pour la faire bouger »*.

Par courrier du 12 août 2015, l'OAI a informé l'assurée qu'il ressortait de leur entretien du 5 août 2015 que le dépôt d'une demande de prestations AI était indiqué. Il l'a invitée à déposer dite demande dans les vingt jours.

Le 8 septembre 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations AI auprès de l'OAI. Elle a fait état d'une incapacité de travail à 100 % depuis 2010-2011, de trois opérations à l'estomac, d'obésité, de problèmes aux deux genoux, ainsi que de maux de dos et d'épaules.

Dans un formulaire 531bis du 28 septembre 2015, l'intéressée a déclaré que, sans atteinte à la santé, elle aurait exercé une activité à 100 % dans le domaine de la restauration, par nécessité financière.

Dans un rapport médical du 21 octobre 2015, la Dresse K._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'intéressée, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'obésité morbide sévère (BMI [Body Mass index] 52), de dyspnée stade III et de hernies ombilicales depuis 2000. Elle a également relevé les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de plusieurs opérations, de gonarthroses bilatérales, d'eczéma des mains, de status post quatre césariennes et de tabagisme actif. S'agissant des limitations fonctionnelles, elle a indiqué que la patiente se mouvait avec beaucoup de difficultés et ne parlait pas la langue française. La praticienne a produit plusieurs rapports médicaux parmi lesquels on trouvait notamment :

- un courrier du 15 mars 2012 des Drs S._____, V._____ et D._____, respectivement médecin associé, chef de clinique et médecin assistant au Service de chirurgie viscérale du Centre hospitalier [...] (Centre hospitalier W._____), relevant qu'une cure de hernie ombilicale in situ avait été effectuée le 4 mars 2012. Une incapacité de travail n'était pas requise.
- un courrier du 5 juin 2014 des Drs S._____, L._____ et N._____, respectivement médecin associé, chef de clinique et médecin assistant au Service de chirurgie viscérale du Centre hospitalier W._____, duquel il ressortait que l'assurée avait subi une cure d'événtration para-cicatricielle (hernie de Richter) avec prothèse extra-péritonéale par laparoscopie (TAPP) le 1^{er} mai 2014 et qu'une incapacité de travail n'était pas requise.
- un rapport de consultation du 10 février 2015 relatif à une consultation du 26 janvier 2015 du Prof. M._____, médecin adjoint au Service d'orthopédie et de traumatologie du Centre hospitalier W._____, concluant à une gonarthrose fémoro-tibiale interne de stade III sur genu varum et surcharge pondérale, atteinte bilatérale mais prédominante à gauche au niveau de la symptomatologie douloureuse. Dans l'anamnèse, il a observé que la marche s'effectuait avec une boiterie modérée, sans canne, le périmètre de marche restant malgré

tout conservé, évalué à une heure sur terrain plat, et que l'usage des escaliers se faisait sans enchaîner, à la montée comme à la descente. La patiente ne rapportait pas de douleur la nuit, la symptomatologie étant essentiellement mécanique. Le professeur a ajouté que la surcharge pondérale majeure était une contre-indication relative à une implantation prothétique car elle majorait de manière significative les risques de complications per- et post-opératoires. Il conseillait une prise en charge médicale première, en appliquant les règles hygiéno-diététiques de manière à réduire la surcharge.

- un courrier du 19 juin 2015 des Drs Q._____, R._____ et T._____, respectivement médecin associé, chef de clinique et médecin assistante au Service de chirurgie viscérale du Centre hospitalier W._____, relevant que l'intéressée avait subi une laparoscopie exploratrice, adhésiolyse, cure de récurrence de hernie para-ombilicale avec filet pré-péritonéal le 30 mai 2015 et que cela avait engendré une incapacité de travail totale du 29 mai au 14 juin 2015.

Par communication du 23 février 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible, au motif que son dossier avait été transmis au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR).

Interpellé par l'OAI au sujet de l'assurée, le Prof. M._____ a transmis par courrier du 11 juillet 2016 le rapport de consultation précité du 10 février 2015, en précisant que la patiente n'avait plus été revue dans le service depuis le 26 janvier 2015.

Le 26 juillet 2016, la Dresse K._____ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de gonarthrose bilatérale invalidante, d'obésité de classe III et d'eczéma des mains, l'état de santé étant « *stable vers aggravé* ». La capacité de travail était nulle que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée. La praticienne a par ailleurs cité les limitations fonctionnelles suivantes : ne parle pas la langue, difficultés à la marche et à se mouvoir, eczéma des

mains. Elle a encore ajouté qu'il n'y avait pas eu de consultation pneumologique concernant la dyspnée de l'intéressée. La Dresse K._____ a également produit un courrier de la Dresse G._____, spécialiste en médecine interne générale et endocrinologie-diabétologie, du 6 mars 2016, posant les diagnostics d'obésité classe III selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), légère dyslipidémie sans indication à un traitement médicamenteux, pré-diabète et gonarthrose bilatérale invalidante, et de carence en vitamine D avec hyperparathyroïdie secondaire. La Dresse G._____ a notamment relevé que l'assurée n'avait pas d'activité physique, qu'elle sortait de moins en moins de la maison en raison des douleurs aux genoux et qu'elle assurait le ménage dans sa maison, mais retrouvait des difficultés. Elle a par ailleurs observé que l'obésité de la patiente était d'origine multifactorielle (déséquilibre diététique important, sédentarité et probable prédisposition génétique). La praticienne avait invité l'assurée à commencer un travail sur la réduction de l'apport en calories liquides et en graisses visibles, lui avait proposé un rendez-vous avec une consœur diététicienne et l'avait encouragée à débiter une activité physique régulière (physiothérapie en piscine), mais elle ne le souhaitait pas. Elle était demandeuse d'un traitement médicamenteux visant la perte pondérale et avait des attentes magiques vis-à-vis de ce traitement.

Dans un rapport médical du 7 août 2016, le Dr N._____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de hernie para-ombilicale incarcerated depuis le 27 mai 2015. La patiente, qui avait séjourné au Centre hospitalier W._____ entre le 29 mai et le 2 juin 2015, avait subi une opération par laparoscopie. Le Dr N._____ a par ailleurs relevé être dans l'impossibilité de se prononcer sur la capacité de travail, car la patiente avait été vue seulement pendant son hospitalisation et un contrôle post-opératoire à un mois. Il a renvoyé au médecin traitant de l'assurée, la Dresse K._____, pour des informations plus précises et actuelles.

Dans un rapport SMR du 6 septembre 2016, la Dresse C._____, médecin au SMR, a retenu une gonarthrose fémoro-tibiale

interne stade III comme atteinte à la santé principale. Elle a également relevé comme facteurs/diagnostics associés non du ressort de l'AI une obésité morbide, status post cure de hernie ombilicale le 4 mars 2012, status post cure d'éventration le 1^{er} mai 2014 et status post cure de hernie para-ombilicale le 30 mai 2015. Après avoir notamment résumé les rapports médicaux et courriers des Dresses K. _____ (21 octobre 2015 et 26 juillet 2017) et G. _____ (6 mars 2016) et le rapport de consultation du Prof. M. _____ (20 février 2015), elle a observé ce qui suit :

"Discussion :

Assurée en IT en raison d'une gonarthrose bilatérale, d'une dyspnée stade III (non investiguée) et d'une cure de hernie para-ombilicale, sur une obésité morbide. La gonarthrose ne sera pas opérée avant une éventuelle baisse de poids. L'assurée refuse toute prise en charge chirurgicale, diététique, sportive de son obésité. Le MT estime la CT définitivement nulle.

En raison de sa gonarthrose nous pouvons confirmer que la CT AH comme nettoyeuse ou aide de cuisine est nulle, par contre dans une activité purement sédentaire, avec épargne des genoux, sans port de charge, nous estimons que la CT AA est pleine. L'obésité en tant que telle n'est pas incapacitante.

Conclusion :

La CT AA dans une activité sédentaire en épargne des genoux, est pleine depuis toujours, moyennant des IT transitoires lors des prises en charges des chirurgies de la paroi abdominale. Conclusion confirmée par le Dr O. _____ à qui nous présentons le cas en permanence rhumatologique le 6.09.2016."

La Dresse C. _____ a encore énuméré les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activité debout prolongée ou nécessitant de marcher régulièrement, pas de montée/descente d'escalier répétée, pas d'utilisation d'échelle/escabeau, pas de position accroupie ou à genoux et pas de port de charge de plus de 5 kg.

Il ressortait d'un rapport final REA du 12 octobre 2016 qu'une spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI avait procédé à une approche théorique de la capacité de gain de l'assurée, sur la base d'un taux d'active à 100 %. Elle avait eu recours à la méthode de détermination du revenu d'invalidé selon l'Enquête sur la structure des salaires (ESS), tant pour le revenu d'invalidé que pour le revenu sans invalidité. Selon l'ESS (niveau de compétence : 1 - Année 2014), l'assurée aurait pu prétendre à un revenu de 4'300 fr. par mois pour 40 heures

hebdomadaires. Après indexation afin de tenir compte de la durée usuelle de travail dans les entreprises (41.7 heures) et de l'évolution des salaires nominaux de 2014 à 2015 (+0.4 %) et de 2015 à 2016 (+0.4 %), le salaire sans invalidité s'élevait à 54'224 fr. 20 par année. La spécialiste a ensuite déterminé le revenu avec invalidité en appliquant au montant obtenu précédemment un taux d'abattement de 10 % pour tenir compte de l'âge de l'assurée, ce qui conduisait à un revenu avec invalidité de 48'801 fr. 48. La comparaison entre ces revenus correspondait à un taux d'invalidité de 10 %. Les activités suivantes ont été données comme exemples d'activité adaptée : montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères et ouvrière dans le conditionnement.

Par projet de refus de rente d'invalidité du 7 novembre 2016, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui refuser ses prestations. En substance, il a retenu que l'assurée avait été incapable de travailler sans interruption durable depuis le 1^{er} mai 2015 (début du délai d'attente d'une année). A l'échéance du délai d'attente d'une année, le 1^{er} mai 2016, elle présentait une incapacité de travail dans son activité habituelle mais était en revanche capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée à son état de santé et respectant ses limitations fonctionnelles (pas d'activité debout prolongée, ou nécessitant de marcher régulièrement, pas de montée/descente d'escalier répétée, pas d'utilisation d'échelle/escabeau, pas de position accroupie ou à genoux, pas de port de charge de plus de 5 kg). Il a ensuite comparé le revenu qu'elle aurait pu réaliser en bonne santé (54'224 fr. 20) à celui réalisable avec l'atteinte à la santé compte tenu d'un abattement de 10 % (48'801 fr. 48), ce qui correspondait à un degré d'invalidité de 10 %. Ce degré d'invalidité ne donnait droit ni à une rente d'invalidité, ni à des mesures professionnelles de reclassement.

Par courrier du 6 décembre 2016, l'intéressée a fait objection au projet de décision précité. Elle a fait valoir que la décision n'était pas adaptée à sa condition physique, car elle avait du mal à marcher 50 mètres correctement et sans douleur. Elle a ajouté qu'elle était à

disposition pour d'autres examens, en priant l'OAI de ne pas « balayer sa situation » sur la base de pourcentages et de chiffres car son incapacité de travail était bien réelle, que ce soit debout ou assise.

Par courrier du 17 janvier 2017, l'OAI a relevé que les objections de l'assurée ne lui permettaient pas de revoir sa position, l'invalidité étant une notion économique qui nécessitait d'examiner si, malgré l'atteinte, il existait des activités qu'elle aurait pu exercer et ainsi réaliser un revenu similaire à celui qui aurait été le sien en bonne santé. L'OAI a joint à ce courrier une décision du même jour, identique à son projet du 7 novembre 2016.

B. Par acte du 17 février 2017 (date du timbre postal), F. _____ a interjeté recours contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'annulation de la décision litigieuse. Elle a fait valoir qu'elle s'opposait à cette dernière car elle considérait que son état de santé ne lui permettait plus de travailler. Son médecin allait adresser à la Cour de céans un rapport médical détaillé dans les meilleurs délais.

Par réponse du 3 avril 2017, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision litigieuse.

La réponse de l'intimé a été transmise à la recourante par courrier du 4 avril 2017, l'informant également de la possibilité de consulter son dossier.

Par courrier du 10 avril 2017, un délai au 22 mai 2017 a été imparti à la recourante pour produire le rapport médical mentionné dans son recours et consulter son dossier.

La recourante n'a pas donné suite aux courriers précités.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGGA ; art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGGA).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGGA notamment). Il est donc recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 1a ; TF 9C_195/2013 du 15 novembre 2013 consid. 3.1 et 8C_245/2010 du 9 février 2011 consid. 2).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une atteinte à la santé.

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 et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (art. 6 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. Il peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b ; TF 9C_262/2016 du 30 août 2016 consid. 5.1).

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 les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions soient suffisamment élucidés (TF 9C_414/2014

du 31 juillet 2014 consid. 3.1.3, 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2 et 9C_237/2013 du 22 mai 2013 consid. 4.1).

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. 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 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, 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 soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 6.2 et 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Par ailleurs, l'avis médical du SMR constitue un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Un tel rapport a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (TF 9C_717/2013 du 30 décembre 2013 consid. 6.2 ; 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées).

4. a) En l'espèce, la décision litigieuse de l'OAI est fondée sur le rapport SMR du 6 septembre 2016 de la Dresse C._____. Cette dernière y a posé le diagnostic de gonarthrose fémoro-tibiale interne stade III comme atteinte à la santé principale, tout en relevant une obésité morbide et des status post cure de hernie ombilicale, cure d'éventration et cure de hernie para-ombilicale comme facteurs/diagnostics associés non du ressort de l'AI. L'obésité en tant que telle n'était pas incapacitante. La praticienne a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle (nettoyeuse ou aide de cuisine), mais entière dans une activité adaptée purement sédentaire, avec épargne des genoux et sans port de charge,

sous réserve de quelques incapacités de travail transitoires lors des prises en charges des chirurgies de la paroi abdominale.

b) Dans son recours du 17 février 2017, la recourante a fait valoir qu'elle était totalement incapable de travailler dans toute activité. Elle s'est toutefois contentée de l'affirmer sans produire la moindre pièce permettant de justifier cette incapacité totale de travailler ou de démontrer que des éléments pertinents pour l'évaluation de son état de santé avaient été ignorés par la Dresse C._____ et l'intimé. Elle n'a en particulier pas produit le rapport médical promis dans son recours, malgré une relance de la Cour de céans. Cette manière de procéder - qui est très similaire à celle adoptée dans son objection du 6 décembre 2016 au projet de décision de l'OAI, dans laquelle elle se contentait de soutenir avoir du mal à marcher 50 mètres correctement et sans douleur - n'est pas suffisante pour remettre en cause l'appréciation de la Dresse C._____.

c) Les autres éléments figurant au dossier ne le permettent pas d'avantage.

La Dresse K._____ est le seul médecin à avoir retenu une incapacité totale de travailler de la recourante dans toute activité. Elle s'est toutefois limitée à énumérer ses diagnostics et à indiquer que sa patiente était totalement incapable de travailler, sans motiver son point de vue. Les diagnostics d'eczéma et de dyspnée ne sont par ailleurs absolument pas étayés, cette dernière ayant même reconnu l'absence de toute consultation pneumologique s'agissant de la dyspnée (rapport médical du 26 juillet 2016). De plus, la Cour de céans observe des contradictions entre les deux rapports médicaux établis par cette praticienne. Dans son rapport médical du 21 octobre 2015, elle posait notamment les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'obésité morbide sévère, de dyspnée stade III et de hernies ombilicales depuis 2000 et sans effet sur la capacité de travail de gonarthroses bilatérales et eczéma des mains. Or, neuf mois plus tard et sans aucune justification, elle n'a plus mentionné les diagnostics de dyspnée stade III et de hernies ombilicales et a considéré que les diagnostics d'eczéma et de

gonarthroses avaient un effet sur la capacité de travail de l'intéressée (courrier du 26 juillet 2016). La position du médecin traitant est également nuancée par les constatations du Prof. M._____ et de la Dresse G._____ en ce qui concerne la capacité de la recourante à se mouvoir. En effet, la Dresse K._____ a rapporté que l'intéressée marchait et se mouvait avec beaucoup de difficultés (rapport médical du 21 octobre 2015 et courrier du 26 juillet 2016), alors même que le Prof. M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, constatait que la marche s'effectuait avec une boiterie modérée, sans canne, le périmètre de marche restant malgré tout conservé, évalué à une heure sur terrain plat (rapport de consultation du 10 février 2015). La Dresse G._____, quant à elle, a retenu que l'intéressée assurait le ménage de la maison (courrier du 6 mars 2016), ce qui vient confirmer les constatations que la spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI avait effectuées sept mois plus tôt (rapport initial de détection précoce du 5 août 2015). Dans ce contexte, l'appréciation de la Dresse K._____ ne peut être suivie.

Par ailleurs, il apparaît que les observations des médecins du Service de chirurgie viscérale du Centre hospitalier W._____ - qui ont rapporté trois interventions entre 2012 et 2015, à savoir une cure de hernie ombilicale le 4 mars 2012, une cure d'événtration le 1^{er} mai 2014 et une cure de récurrence de hernie para-ombilicale le 30 mai 2015, sans toutefois se prononcer sur la capacité de travail de la recourante à long terme puisqu'ils se sont contentés de relever une incapacité de travail totale du 29 mai au 14 juin 2015 - ont été prises en considération par la Dresse C._____ lors de son appréciation de l'état de santé et de la capacité de travail de la recourante. Elle ne s'en est d'ailleurs pas écartée.

Il en va de même des constatations du Prof. M._____, qui a posé les diagnostics de gonarthrose fémoro-tibiale interne de stade III sur genu varum et de surcharge pondérale, sans évaluer la capacité de travail de l'intéressée (rapport de consultation du 10 février 2015). La Dresse C._____ en a tenu compte non seulement pour poser le même diagnostic que lui, mais également pour déterminer les limitations

fonctionnelles de la recourante et proscrire la montée ou la descente d'escaliers de manière répétée.

Finalement, les conclusions de la Dresse C._____ sont également en phase avec l'appréciation de la Dresse G._____ qui a posé les diagnostics d'obésité classe III (légère dyslipidémie sans indication à un traitement médicamenteux, pré-diabète et gonarthrose bilatérale invalidante) et de carence en vitamine D avec hyperparathyroïdie secondaire (courrier du 6 mars 2016). Cette dernière, qui ne s'est pas expressément exprimée sur la capacité de travail de l'intéressée, semble en particulier elle aussi estimer que ce sont bien les douleurs aux genoux de l'intéressée qui seraient invalidantes, puisqu'elle a relevé que ce sont ces douleurs, et non son obésité, qui l'auraient conduite à moins sortir de chez elle.

d) Le rapport de la Dresse C._____ repose sur les observations cliniques des différents médecins ayant examiné l'intéressée et sur l'ensemble du dossier. Il est exempt de contradiction et ses conclusions claires ne sont remises en cause par aucun élément du dossier. On doit donc lui reconnaître pleine valeur probante.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir qu'à l'échéance du délai de carence légal d'une année, la recourante présentait une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées dans la décision de l'OAI.

5. Il reste à présent à examiner le calcul du degré d'invalidité effectué par l'OAI, étant précisé que celui-ci n'est pas contesté par la recourante.

a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que

possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité ; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C_760/2015 du 21 juin 2016 consid. 3.2 et 9C_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2) ou à la date de survenance d'un motif de révision (TF 9C_181/2008 du 23 octobre 2008 consid. 4).

b) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4.1 et 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'à la date déterminante pour l'évaluation (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). En présence de circonstances particulières, en particulier lorsque l'assuré a cessé son activité depuis plusieurs années, il est possible de s'écarter du dernier salaire réalisé et de recourir aux données statistiques résultant de l'ESS éditées par l'Office fédéral de la statistique (OFS) (TFA I 636/02 du 15 avril 2003 consid. 4.1).

c) Le revenu d'invalidité doit être également évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les

données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes ([DPT] ; ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_843/2015 du 7 avril 2016 consid. 5.2 et 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3).

En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalidé. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C_297/2011 du 31 janvier 2012 consid. 4.1.2 et 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Cette énumération d'éléments personnels et professionnels pouvant justifier une déduction doit toujours s'inscrire dans le but visé par la jurisprudence qui est de déterminer, à partir de valeurs statistiques, un revenu d'invalidé qui corresponde au mieux, in concreto, à l'exploitation lucrative raisonnablement exigible des activités encore possibles dans le cadre de la capacité résiduelle de travail (ATF 126 V 75 consid. 5 ; TF 8C_887/2008 du 24 juin 2009 consid. 5.4). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; TF 9C_437/2015 du 30 novembre 2015 consid. 2.2 et 8C_711/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.2.1). La déduction doit être déterminée et motivée en analysant la situation individuelle. Il n'est pas

admis de cumuler des déductions quantifiées séparément pour chaque facteur pris en compte, car en opérant de la sorte on en ignorerait les interactions eu égard à une approche globale de la situation (ATF 126 V 75 consid. 5b/bb).

Le pouvoir d'examen du juge des assurances sociales quant à l'étendue de l'abattement du salaire statistique n'est pas limité à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative (« *Angemessenheitskontrolle* »). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2 ; TF 9C_637/2014 du 6 mai 2015 consid. 4.2).

d) Dans le cas particulier, l'OAI a retenu un salaire de 4'300 fr. part au treizième salaire incluse, correspondant au salaire de référence auquel les femmes peuvent prétendre pour des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé pour un horaire de travail de 40 heures hebdomadaires, selon les chiffres de l'ESS pour l'année 2014, ce qui n'est pas critiquable compte tenu de la situation de la recourante. Indexé afin de tenir compte d'un horaire de travail de 41.7 heures par semaine, soit la durée moyenne hebdomadaire usuelle dans les entreprises en 2014 et 2015 (Statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel 2016), ce salaire s'élève à 4'482 fr. 75, ce qui représente un montant annuel de 53'793 francs. Celui-ci doit encore être adapté à l'évolution des salaires nominaux de 2014 à 2015 (+0.4 %, OFS, Salaires et revenus du travail, indicateur, évolution des salaires nominaux) et de 2015 à 2016 (+0.7 % et

non +0,4 % tel que mentionné dans la décision attaquée), ce qui conduit à un revenu annuel sans invalidité de 54'386 fr. 23.

Pour déterminer le revenu d'invalidé, il y a lieu d'opérer sur le montant de 54'386 fr. 23 susmentionné un abattement de 10 %, tel que retenu par l'intimé. Cette déduction - qui n'est au demeurant pas contestée par la recourante - ne semble en effet pas critiquable au vu des circonstances du cas d'espèce et en particulier des limitations fonctionnelles et de l'âge de cette dernière. Par conséquent, le revenu d'invalidé s'élève à 48'947 fr. 60.

Une comparaison des revenus sans et avec invalidité qui précèdent conduisent à une perte de gain de 5'438 fr. 60 correspondant à un taux d'invalidité de 10 %, de sorte que le taux d'invalidité retenu par l'intimé ne prête pas le flanc à la critique. Celui-ci étant inférieur à 40 %, il n'ouvre pas le droit à une rente. Dans la mesure où il est également largement inférieur à 20 %, il ne donne pas non plus de droit aux mesures de reclassement de l'AI.

6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité 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. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante, au demeurant non représentée, n'obtenant pas gain de cause (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 est rejeté.

- II. La décision rendue le 17 janvier 2017 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 F._____.

- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- F._____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :