

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 2 octobre 2017

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mme Dormond Béguelin et M. Reinberg, assesseurs  
Greffière : Mme Raetz

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

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

et

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

---

**Art. 6 ss LPGA ; 4 et 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** N. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1976, sans formation professionnelle, a travaillé comme caissière auprès de D. \_\_\_\_\_ de 1997 à 2007, puis en tant qu'employée de [...] de 2008 à 2010. Depuis lors, elle a effectué différentes missions temporaires dans le cadre de l'assurance-chômage, puis a été au bénéfice de l'aide sociale.

Le 6 octobre 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison d'un diabète, ainsi que de douleurs dans les jambes et aux coudes. Elle a précisé qu'elle était dans l'impossibilité de demeurer debout ou assise. Elle a fait état d'une incapacité totale de travail depuis le 10 juin 2014. En annexe étaient joints des certificats d'incapacité de travail établis par son médecin généraliste traitant, le Dr L. \_\_\_\_\_, attestant une incapacité variant de 50 à 100 % dès juin 2014 et de 100 % dès janvier 2015.

Le 9 novembre 2015, l'assurée a indiqué que si elle n'était pas atteinte dans sa santé, elle travaillerait à 100 % en tant que vendeuse ou gérante.

Dans un rapport du 16 novembre 2015, parvenu à l'OAI le 17 décembre 2015, le Dr L. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de diabète insulino-dépendant depuis 2013, de polyneuropathie des membres inférieurs et d'hypertension artérielle. L'incapacité de travail était totale depuis le 9 juillet 2014 en raison de douleurs et d'une fatigue. Une activité adaptée, soit variant les positions assise et debout, serait possible à raison de deux à trois heures par jour, depuis 2013. Selon le Dr L. \_\_\_\_\_, un examen « médico-rhumatismal » était souhaitable. Etait joint à son rapport un courrier du 8 octobre 2014 que lui avait adressé le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, posant le diagnostic de douleurs dans les deux jambes d'origine peu claire. Le Dr B. \_\_\_\_\_ se demandait si ces douleurs étaient dues à une hyper-mobilité des genoux.

Il expliquait que les douleurs dans les deux tibias lui avaient fait évoquer un rhumatisme tel une ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique de Pierre-Marie, lequel était en général accompagné d'un hypocratisme digital que la patiente ne présentait pas. Le spécialiste proposait de la physiothérapie de tonification des quadriceps et suggérait une radiographie du thorax dans le but d'exclure une pathologie pulmonaire.

En réponse au courrier du 8 août 2016 de l'OAI, le Dr L. \_\_\_\_\_ a indiqué, le 21 septembre 2016, que sa patiente avait toujours mal aux membres inférieurs. Il avait requis un avis auprès du Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. Le Dr L. \_\_\_\_\_ a demandé qu'un examen rhumatologique soit effectué au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR).

Le 20 octobre 2016, le Dr S. \_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI le courrier du 12 janvier 2015 qu'il avait adressé au Dr L. \_\_\_\_\_ à la suite de son examen du même jour de l'assurée, comportant notamment une électromyographie. Le spécialiste y indiquait qu'il retenait pour l'heure un bilan clinique neurologique que l'on pouvait considérer comme physiologique. Il n'y avait aucune altération des qualités sensitives superficielles ou profondes. Les réflexes tendineux étaient tous bien obtenus et il n'y avait pas de déficit moteur. Les paramètres neurographiques restaient dans des intervalles physiologiques. Il n'y avait en tous cas aucun argument en faveur d'une polyneuropathie. D'ailleurs, il serait un peu étonnant qu'avec un diabète assez bien contrôlé et de découverte récente, l'on ait déjà une atteinte neurologique significative au niveau des membres inférieurs. L'absence de réponse thérapeutique au Lyrica constituait un argument supplémentaire contre une polyneuropathie. Le spécialiste ajoutait qu'il faudrait peut-être encore rechercher une pathologie éventuellement vasculaire.

Le 11 novembre 2016, l'assurée a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique au SMR par le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation. Dans son rapport du même jour, ce médecin a posé le diagnostic avec répercussion sur la

capacité de travail de lombalgies intermittentes de type mécanique, avec antécédents personnels de hernie discale L5-S1, ainsi que les diagnostics sans effet sur ladite capacité de patella gauche bipartite et de pré-obésité. Il a retenu une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle de vendeuse dans un supermarché et une entière capacité dans une activité adaptée, ceci depuis la fin de l'activité chez D. \_\_\_\_\_ en 2007. Il a fait l'appréciation suivante du cas :

« Lors de l'entretien, nous reprenons le parcours professionnel avec Madame N. \_\_\_\_\_. Elle nous apprend qu'elle a cessé son activité de vendeuse chez D. \_\_\_\_\_ en 2007, ayant trop mal au dos. L'assurée s'est d'elle-même réorientée vers un autre travail, et a travaillé au [...] à partir de 2008, le travail était encore plus contraignant physiquement que celui chez D. \_\_\_\_\_ ; l'assurée avait par ailleurs un contrat limité dans le temps jusqu'en septembre 2010.

[...]

Actuellement, Madame N. \_\_\_\_\_ est surtout gênée par des douleurs continues des MI [membres inférieurs], localisées au niveau de la crête tibiale et finissant à la face externe des chevilles. Les douleurs sont apparues parallèlement à la découverte d'un diabète insulino-requérant traité par le Dr L. \_\_\_\_\_ à partir de 2014. Les douleurs décrites par l'assurée ne sont pas caractéristiques de douleurs [de] type neurogènes, notamment il n'y a pas d'exacerbation nocturne, il n'y a pas d'hyperpathie.

Madame N. \_\_\_\_\_ ne décrit pas spécifiquement de douleurs articulaires aux MI, il n'y a pas non plus de mouvement d'une articulation pouvant augmenter les douleurs.

Le descriptif du dérouillage matinal et de la nuit fait conclure à des douleurs d'allure mécanique.

L'assurée est capable de marcher une trentaine de minutes. Le descriptif de la marche n'évoque pas une claudication intermittente neurogène ; l'assurée ne décrit pas spécifiquement d'aggravation des douleurs des MI à la marche, il n'y a par ailleurs pas de troubles neurologiques apparaissant à la marche.

L'assurée souffre depuis 10 jours d'une cervico-brachialgie D [droite] apparue sans facteurs déclenchant. La douleur décrite n'irradie pas selon un territoire radiculaire. L'assurée ne se décrit pas limitée dans la mobilisation de sa nuque.

Actuellement, le bas du dos va un peu mieux en reprenant les dires de l'assurée ; l'assurée a de temps en temps mal au dos, notamment si elle se baisse. En 2007, l'assurée avait été suivie par le Dr F. \_\_\_\_\_, elle avait eu deux infiltrations, elle avait eu également une IRM [imagerie par résonance magnétique] lombaire.

Depuis 5 jours, l'assurée prend un traitement anti-inflammatoire, un traitement antalgique avec un opiacé léger et un traitement myorelaxant, ces traitements ont été introduits par le Dr L. \_\_\_\_\_ pour la douleur du MSD [membre supérieur droit].

Le descriptif de la vie quotidienne montre que l'assurée conserve des ressources dans les activités physiquement légères. Il n'y a pas d'isolement social.

L'examen montre une femme de 40 ans en bon état de santé général, avec un début de pré-obésité. La trophicité musculaire est normale aux 4 membres, nous ne voyons pas de fasciculation. [...]

Au niveau neurologique, nous avons une aréflexie achilléenne G [gauche], évoquant une ancienne compression de cette racine. Il n'y a pas de déficit sensitivomoteur. Globalement, les réflexes sont moins vifs aux MI, il n'y a pas de signes francs pour une polyneuropathie, on retiendra tout au plus une diminution de la pallesthésie au MIG [membre inférieur gauche]. Il n'y a notamment pas de gradient de la sensibilité en chaussettes pour une polyneuropathie sensitive.

Il n'y a pas de sciatalgies ou de cruralgies irritatives.

L'assurée est limitée modérément à l'examen dans la mobilité de son épaule D ; la gestuelle spontanée est légèrement restreinte. Nous n'avons pas d'explications cliniques à la limitation ressentie par l'assurée. Nous n'avons pas de signes pour une tendinopathie de la coiffe des rotateurs, nous n'avons pas de conflit sous-acromial, pas d'atteinte de l'acromio-claviculaire.

Il n'y a pas d'hypermobilité articulaire généralisée. Nous avons seulement une hyperextension des deux coudes, à 10°. Les autres articulations sont normomobiles, nous ne retrouvons pas l'hyperextension des genoux décrite par le Dr B.\_\_\_\_\_.

L'examen des genoux est aspécifique. Nous avons une mobilité complète, indolore, une musculature normale, l'absence d'épanchements. L'assurée est capable de s'accroupir complètement, elle marche normalement avec une vitesse normale. L'examen des jambes ne montre pas d'atteinte ostéoarticulaire, la palpation du tibia est indolore, la mobilisation des chevilles déclenche une tension sur les mollets dans la limite des normes.

Il n'y a pas de synovite tant aux MI que MS [membres supérieurs].

L'examen du rachis montre de légers troubles statiques et une augmentation de la cyphose dorsale, une diminution de la lordose lombaire. L'assurée n'a pas d'attitudes antalgiques. Elle a également un relâchement de sa sangle abdominale.

La mobilité cervicale est complète, douloureuse en fin de course en flexion et en flexion latérale. Il n'y a pas de douleurs à la palpation, pas de contractures paravertébrales. Les mouvements automatiques de la nuque sont normaux. Nous excluons un syndrome rachidien cervical.

La mobilité lombaire est légèrement restreinte en flexion avec indice de Schober de 10-14 cm (N 10-15), cela tire au niveau lombaire et à la face postérieure des cuisses. L'extension est normale, légèrement douloureuse en fin de course. La palpation est douloureuse au niveau de la charnière dorsolombaire et sur les deux derniers étages lombaires bas, sans contractures. Les transferts sont effectués normalement. Nous retenons une légère raideur du rachis lombaire en flexion, il n'y a pas de syndrome rachidien. Le score de Waddell est négatif à la recherche de signes comportementaux.

Il n'y a pas de polyinsertionnisme d'accompagnement.

L'assurée nous apporte une ancienne IRM lombaire datant de 2007 demandée par le Dr F.\_\_\_\_\_. Cet examen montre des protrusions discales étagées au niveau lombaire, avec même une hernie discale L5-S1 paramédiane G entrant en contact avec la racine S1 G. Au niveau de la charnière dorsolombaire, il existe une hernie discale paramédiane G en D10-11. L'assurée n'a pas eu de nouveau bilan depuis. [...]

Comme autres clichés, nous avons des RX [radiographies] des genoux datant de 2014. Les clichés excluent une gonarthrose. Nous avons une rotule bipartite du côté G, l'assurée n'ayant pas eu de traumatismes à ce niveau, il s'agit plus vraisemblablement d'une rotule bipartite que d'une pseudarthrose. La rotule bipartite est une atteinte congénitale ; cette trouvaille fortuite n'explique pas les douleurs décrites par l'assurée au niveau des MI.

L'assurée n'a pas eu d'autres investigations radiologiques, et notamment pas eu de bilan au niveau de sa nuque, ni au niveau de son épaule D. L'examen clinique actuel ne le justifie pas.

Limitations fonctionnelles :

Les éléments à disposition nous font retenir les LF d'épargne du rachis lombaire : pas de mouvements répétés de flexion-extension, pas d'attitudes prolongées en porte-à-faux, pas de port de charges répétés au-delà de 5 kg. Pas de position assise ou debout prolongée au-delà d'une heure. Pas de position debout statique au-delà de 20 minutes. Pas de marche sans s'arrêter au-delà de 2 km.

[...]

L'examen de ce jour ne permet pas d'apporter d'explications d'ordre ostéoarticulaire aux douleurs ressenties par l'assurée au niveau de ses jambes. Nous n'avons pas d'atteinte ostéoarticulaire des genoux, des jambes ou des chevilles pour expliquer les douleurs.

Comme mentionné plus haut, l'anamnèse n'évoque pas une claudication intermittente neurogène. L'ENMG [électroneuromyogramme] réalisée par le Dr S. \_\_\_\_\_ ne montrait pas non plus d'atteinte de type périphérique. Il n'y a donc à priori pas d'indications à refaire une nouvelle IRM lombaire. »

Dans un rapport final du 7 décembre 2016, un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a retenu une incapacité de travail totale de l'assurée dans son activité habituelle et une entière capacité de travail dans une activité adaptée. Il a expliqué que l'intéressée pourrait théoriquement mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle dans le domaine industriel léger, par exemple une activité de montage, de contrôle et de surveillance d'un processus de production, ou une activité d'ouvrière à l'établi comportant des tâches simples et légères, ou d'ouvrière dans le conditionnement. Se fondant sur les données statistiques de l'Enquête sur la structure des salaires (ESS) 2014 de l'Office fédéral de la statistique (TA1, niveau de compétence 1), indexées à 2015, il a retenu un revenu sans invalidité de 54'008 fr. 17. Pour calculer le revenu avec invalidité, il a tenu compte d'un abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles de l'assurée, portant ce revenu à 48'607 fr. 35. Il ressortait de la comparaison de ces revenus une perte de gain de 5'400 fr. 82, correspondant à un degré d'invalidité de 10 %.

Dans un rapport du 13 décembre 2016, le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a indiqué qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter du rapport du 11 novembre 2016 du Dr K.\_\_\_\_\_. Il a retenu comme atteinte principale à la santé des lombalgies intermittentes de type mécanique, avec antécédents personnels de hernie discale L5-S1. Une activité adaptée, soit respectant les limitations fonctionnelles décrites par le Dr K.\_\_\_\_\_, était exigible à 100 %.

Par projet de décision du 13 décembre 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande de rente d'invalidité. Il a expliqué qu'elle présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Il s'est fondé sur le calcul du spécialiste en réadaptation, dont il ressortait de la comparaison des revenus sans invalidité de 54'008 fr. 17 et avec invalidité de 48'607 fr. 35 une perte de gain de 5'400 fr. 82, correspondant à un degré d'invalidité de 10 %. Ce taux était insuffisant pour donner droit à une rente d'invalidité. Par ailleurs, l'OAI a fait référence à une communication d'octroi de l'aide au placement, datée du même jour et jointe en annexe, en précisant qu'il s'agissait d'une aide dans le but de trouver un emploi adapté à sa situation.

Le 5 janvier 2017, l'assurée a contesté le projet de décision précité, faisant valoir que son degré d'invalidité était actuellement de 100 % selon les rapports médicaux. Elle a ajouté qu'elle souffrait de plusieurs pathologies du rachis lombaire, ainsi que d'un diabète de type 2 qui l'obligeait à des injections d'insuline très surveillées. Sa glycémie étant très variable, elle se retrouvait fréquemment en état de malaise lors d'efforts trop importants, de même que lorsque les douleurs dorsales, dans les jambes, ainsi que dans le bras droit épuisaient sa résistance. Elle était fortement invalidée par toutes ces pathologies, qui l'obligeaient à se coucher fréquemment, à changer continuellement de position pour soulager son dos et ses jambes, et à surveiller très rigoureusement sa glycémie qui provoquait parfois des pertes de conscience. Elle ne se risquait que très rarement à sortir de la maison non accompagnée, redoutant de se trouver en état de malaise.

Par décision du 14 février 2017, l'OAI a confirmé son refus d'octroi d'une rente d'invalidité. Dans une lettre du même jour, il a expliqué que la contestation de l'assurée n'apportait aucun élément susceptible de modifier sa position. Il a indiqué qu'il avait tenu compte du fait qu'elle présentait une incapacité totale de travail dans son activité habituelle depuis 2007. Toutefois, une pleine capacité de travail était exigible dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il a souligné que l'invalidité était une notion économique qui tenait compte de la diminution de la capacité de gain, et non pas de la diminution de la capacité de travail.

Le 21 février 2017, l'assurée a renoncé à l'aide au placement, indiquant qu'elle ne voulait pas entrer dans une démarche de recherche d'activité professionnelle.

**B.** Par acte du 6 mars 2017, N.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision du 14 février 2017 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité. Elle a indiqué qu'outre les limitations fonctionnelles décrites par l'OAI, elle risquait à tout moment de perdre l'équilibre à cause de ses articulations fragiles et de ses crises de glycémie survenant lors d'efforts, qu'elle ne pouvait lever qu'à mi-parcours son bras droit en raison de problèmes de nuque et qu'elle devait fréquemment s'étendre pour soulager ses douleurs. Au vu de ces problèmes, elle a demandé quel travail était adapté à ses limitations fonctionnelles. Elle a estimé que dans son cas, la notion d'invalidité devait tenir compte de l'incapacité de travail et non de l'incapacité de gain, étant donné qu'il n'existait pas de travail adapté. Sa demande ne résultait pas d'un manque de volonté de travailler. En effet, elle ne pouvait pratiquement vivre que chez elle et ne pouvait plus jouir d'une vie sociale, ce qui la plongeait dans une forme de dépression. Elle a joint à son recours les courriers du 8 octobre 2014 de Dr B.\_\_\_\_\_ et du 12 janvier 2015 du Dr S.\_\_\_\_\_, figurant déjà au dossier. Elle a encore annexé un rapport du 12 janvier 2017 adressé par le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, au Dr L.\_\_\_\_\_. Le spécialiste indiquait qu'il avait relevé de discrètes anomalies neurographiques aux

membres inférieurs, compatibles avec une polyneuropathie axonale débutante. Selon lui, le tableau clinique aux membres inférieurs était très évocateur d'une polyneuropathie sensitive et douloureuse d'origine diabétique, raison pour laquelle le traitement de Lyrica méritait d'être optimisé progressivement. Concernant la symptomatologie douloureuse au membre supérieur droit, il s'agissait vraisemblablement d'une cervico-brachialgie d'origine radiculaire, mais non déficitaire, raison pour laquelle il n'y avait pas d'autre mesure à envisager que la poursuite des antidouleurs.

Dans sa réponse du 20 avril 2017, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il a expliqué que l'instruction médicale avait démontré que la recourante était en mesure d'exercer une activité lucrative respectant son état de santé. Le rapport du Dr K. \_\_\_\_\_ satisfaisait aux critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Aucun intervenant médical n'avait mis en évidence des éléments médicaux objectifs que le spécialiste n'aurait pas pris en compte dans son analyse.

Par réplique du 8 mai 2017, l'intéressée a répété les limitations fonctionnelles citées dans son recours et demandé quels métiers lui proposerait l'intimé. Elle a soutenu qu'elle présentait une diminution de la capacité de travail qui entraînait une perte de gain totale. En outre, elle a contesté le revenu avec invalidité retenu par l'intimé, faisant valoir que son revenu actuel était nul et qu'il n'existait pas de métier compatible avec ses problèmes. Elle était d'accord de travailler si on lui proposait un métier correspondant à ses possibilités, mais personne ne l'avait aiguillée dans une démarche qui lui permettrait de prouver sa bonne foi. Etait joint un rapport adressé le 13 avril 2017 au Dr L. \_\_\_\_\_ par le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, posant le diagnostic de syndrome radiculaire irritatif C8 [cervicale 8], éventuellement C7 droit. Ce médecin proposait de mettre en place un traitement conservateur avec du Dafalgan et de l'Irfen, et d'effectuer une imagerie par résonance magnétique de la colonne cervicale afin de confirmer le diagnostic.

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

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

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

**c)** En l'espèce, formé en temps utile et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**2.**           Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

**3.**           **a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou

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

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c).

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se base 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 médicaux 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 ; TF 9C\_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1).

**c)** L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour

lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 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. L'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (TF 9C\_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2).

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 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**4.** En l'espèce, il est admis que la recourante n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de caissière depuis 2007. Se fondant sur le rapport du 11 novembre 2016 du Dr K.\_\_\_\_\_, l'intimé retient néanmoins qu'elle disposait dès cette date d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. L'intéressée fait quant à elle valoir qu'aucune activité n'est adaptée à son état de santé, de sorte qu'elle est incapable de travailler.

a) Sur le plan somatique, le Dr K.\_\_\_\_\_ a en particulier relevé dans le rapport précité qu'il n'y avait pas d'explications d'ordre ostéoarticulaire aux douleurs ressenties par la recourante au niveau de ses membres inférieurs. Celles-ci n'étaient pas non plus caractéristiques de douleurs de type neurogène. Il n'y avait notamment pas d'hyperpathie, ni de déficit sensitivomoteur. Globalement, les réflexes étaient moins vifs, mais il n'y avait pas de signes francs pour une polyneuropathie. Le Dr K.\_\_\_\_\_ a retenu tout au plus une diminution de la pallesthésie au membre inférieur gauche. Par ailleurs, il a noté que la recourante souffrait depuis dix jours d'une cervico-brachialgie droite et prenait depuis cinq jours un traitement pour la douleur dans le membre supérieur droit. Il a toutefois exclu un syndrome rachidien cervical, notamment au vu du fait que la mobilité cervicale était complète et qu'il n'y avait pas de douleurs à la palpation. S'agissant du rachis, le Dr K.\_\_\_\_\_ a relevé que l'intéressée souffrait de protrusions discales étagées au niveau lombaire, avec des hernies discales en L5-S1 et paramédiane gauche en D10-11. Il a retenu comme seul diagnostic avec effet sur la capacité de travail des lombalgies intermittentes de type mécanique, avec antécédents personnels de hernie discale. Il a conclu que l'assurée était incapable de travailler dans son activité habituelle depuis 2007, mais qu'elle disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée tenant compte de limitations fonctionnelles d'épargne du rachis lombaire (pas de mouvements répétés de flexion-extension, pas d'attitudes prolongées en porte-à-faux, pas de port de charges répétés au-delà de 5 kg, pas de position assise ou debout prolongée au-delà d'une heure, pas de position debout statique au-delà de 20 minutes, pas de marche sans s'arrêter au-delà de 2 km).

Le rapport du Dr K.\_\_\_\_\_, faisant suite à un examen clinique de l'assurée, a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et a notamment tenu compte du rapport du 12 janvier 2015 du Dr S.\_\_\_\_\_. Les plaintes de l'intéressée ont en outre été prises en considération. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires. De plus, ses conclusions sont bien motivées. Ce rapport remplit donc les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Ses conclusions ont au demeurant été confirmées

par le Dr W.\_\_\_\_\_, qui s'y est rallié (cf. rapport du 13 décembre 2016). S'agissant plus particulièrement des constatations du Dr K.\_\_\_\_\_ quant à l'absence d'une polyneuropathie, elles rejoignent celles du rapport établi le 12 janvier 2015 par le Dr S.\_\_\_\_\_. Ce spécialiste en neurologie a en effet signalé, à l'issue d'un examen clinique et électromyographique, qu'il n'avait aucun argument en faveur d'une polyneuropathie. Le Dr S.\_\_\_\_\_ a détaillé les observations lui permettant d'aboutir à cette conclusion, qui est ainsi bien motivée. Son rapport est également probant.

Les autres documents médicaux figurant au dossier n'apportent pas d'éléments nouveaux de nature à remettre en question les conclusions du Dr K.\_\_\_\_\_. En particulier, le rapport du 16 novembre 2015 du Dr L.\_\_\_\_\_, posant notamment le diagnostic de polyneuropathie et retenant que seule une activité adaptée de deux à trois heures par jour est exigible, n'est pas suffisant. En effet, tel que susmentionné, le diagnostic de polyneuropathie a clairement été écarté par un spécialiste, le Dr S.\_\_\_\_\_. Or le Dr L.\_\_\_\_\_ n'est pas spécialisé en neurologie. Par ailleurs, il est le médecin traitant de l'assurée, dont les constatations doivent de ce fait être admises avec réserve (cf. consid. 3c supra).

Le rapport du 12 janvier 2017 du Dr X.\_\_\_\_\_, produit par l'intéressée dans le cadre de son recours, n'est pas non plus de nature à remettre en cause les conclusions du Dr K.\_\_\_\_\_. En effet, il s'agit là d'une appréciation différente de celles des Drs S.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_. Le Dr X.\_\_\_\_\_ a seulement relevé de discrètes anomalies neurographiques aux membres inférieurs, qu'il a estimées compatibles avec une polyneuropathie axonale débutante. Il s'est essentiellement fondé sur le tableau clinique pour évoquer une polyneuropathie. Il a décrit cette affection comme débutante et n'a pas fait état de limitations fonctionnelles particulières ou d'un éventuel caractère incapacitant. Toutefois, son rapport faisant suite à un examen réalisé en janvier 2017, soit postérieurement à ceux opérés par les Drs S.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_, il n'est pas exclu qu'une telle atteinte ait existé depuis le début de l'année 2017. En tout état de cause, ce document ne rend aucunement vraisemblable une incapacité durable, sur une année au moins, pouvant

fonder le droit à une rente (cf. art. 28 al. 1 LAI, consid. 3a supra) au moment où la décision litigieuse du 14 février 2017 a été rendue.

Il en va de même du rapport du 13 avril 2017 du Dr Q. \_\_\_\_\_ - au demeurant établi après la décision litigieuse - se limitant à poser le diagnostic de syndrome radiculaire irritatif C8, éventuellement C7 droit, pour expliquer les cervico-brachialgies apparues, selon ce rapport, quatre mois auparavant. A noter que les premières plaintes de la recourante relatives à une cervico-brachialgie ont été relevées par le Dr K. \_\_\_\_\_, qui a indiqué qu'au jour de son examen, soit le 11 novembre 2016, elle s'était plainte d'une telle atteinte survenue dix jours auparavant, soit moins de quatre mois avant la décision litigieuse du 14 février 2017. Le Dr K. \_\_\_\_\_ n'a pas retenu de caractère incapacitant, ni de limitations fonctionnelles par rapport à cette atteinte.

Il appartiendra à la recourante de déposer une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité si elle estime que son état de santé s'est péjoré dès la fin de l'année 2016 et qu'elle a présenté depuis, pendant une année au moins, une incapacité de travail et de gain fondant le droit à une rente.

Enfin, les limitations fonctionnelles alléguées par la recourante, telles que des pertes d'équilibre ou la nécessité de s'étendre fréquemment pour soulager ses douleurs, n'ont à juste titre pas été retenues par l'intimé, celles-ci n'étant pas attestées par des documents médicaux.

**b)** Sur le plan psychique, la recourante se prévaut d'une « forme de dépression ». Toutefois, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose 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 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Tel n'est pas le cas en l'espèce, cette problématique ayant été évoquée uniquement par l'intéressée au stade du recours.

**c)** Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé a retenu que la recourante n'était plus en mesure d'effectuer son activité habituelle depuis 2007, mais qu'elle présentait dès cette date une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles définies par le Dr K.\_\_\_\_\_.

**5.** La recourante a également contesté le revenu d'invalidé retenu par l'intimé.

**a)** Aux termes de 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 notion de marché du travail équilibré est certes théorique et abstraite mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGA. Cela signifie qu'il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail - ce qui revient à l'assurance-chômage -, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C\_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2).

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

Pour établir le revenu que l'assuré pourrait réaliser malgré les atteintes à la santé dont il souffre (revenu d'invalidé), la jurisprudence admet de se référer, à certaines conditions, aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité

lucrative dans une profession adaptée (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3 et 9C\_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). En l'absence de formation professionnelle dans une telle activité, il convient de se référer au revenu mensuel brut (valeur centrale) pour une activité simple et répétitive dans l'économie privée, tous secteurs confondus (TFA U 240/99 du 7 août 2001 consid. 3c/cc). Par ailleurs, l'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 126 V 75).

Le moment déterminant pour la comparaison des revenus est l'année de l'ouverture du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.2). L'art. 29 al. 1 LAI prévoit que 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.

**b)** En l'espèce, contrairement à ce qu'a retenu l'intimé, le moment déterminant pour effectuer la comparaison des revenus est l'année 2016, dès lors que la recourante a déposé sa demande de prestations de l'assurance-invalidité en octobre 2015 (cf. consid. 5a supra ; art. 29 al. 1 LAI).

S'agissant de la fixation du revenu sans invalidité, l'intimé a expliqué que comme l'intéressée n'avait pas eu d'activité lucrative depuis 2010, il s'était fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2014, en se référant au salaire mensuel retenu pour les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (ESS 2014, TA1, niveau de qualification 1). Il a ainsi fixé un revenu sans invalidité à 54'008 fr. 17 en 2015, ce qui n'a pas été contesté par la recourante. Toutefois, ce montant doit être adapté à l'évolution des salaires nominaux de 2014 à 2016, et non seulement à 2015, ce qui

conduit à un gain annuel de 54'224 fr. 20 (+ 0.4 % en 2016 [La Vie économique, tableau B 10.2]). La Cour de céans relève qu'un calcul fondé sur le revenu annuel versé par l'ancien employeur (cf. extrait du 2 novembre 2015 du compte individuel AVS de l'assurée), adapté à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2016, aboutirait à un revenu inférieur.

Quant au revenu d'invalidé, la recourante a soutenu qu'il était actuellement nul, car elle ne travaillait pas et qu'il n'existait pas de métier compatible avec ses problèmes de santé. Toutefois, tel que susmentionné, l'intimé était fondé à retenir que l'intéressée présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles définies par le Dr K.\_\_\_\_\_. Les limitations supplémentaires évoquées par l'intéressée n'ont à juste titre pas été prises en compte (cf. consid. 4a supra). Selon un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI, la recourante pouvait mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle dans le domaine de l'industrie légère, par exemple dans le contrôle et la surveillance d'un processus de production, constituant une activité adaptée à son état de santé (cf. rapport final du 7 décembre 2016). Compte tenu du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvre le marché du travail en général - et le marché du travail équilibré en particulier - il faut admettre qu'un nombre significatif d'entre elles sont adaptées aux atteintes de la recourante et accessibles sans formation particulière (TF 9C\_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.3). Dès lors que l'assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une activité adaptée, alors que cela est exigible, et ne dispose pas de formation professionnelle, le revenu d'invalidé doit être déterminé selon les données statistiques de l'ESS en se référant au revenu mensuel brut pour une activité simple et répétitive. Ce montant correspond donc à celui qui a été calculé ci-dessus pour le revenu sans invalidité, soit 54'224 fr. 20. L'intimé a à juste titre opéré une déduction de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles de la recourante. Il en résulte donc un revenu avec invalidité de 48'801 fr. 78.

Il ressort de la comparaison des revenus sans et avec invalidité un taux d'invalidité de 10 %, insuffisant pour fonder le droit à une rente. Un calcul basé sur un revenu sans invalidité fixé selon le salaire versé par le dernier employeur aboutirait à un degré d'invalidité inférieur.

**6.** Enfin, la recourante a reproché à l'intimé de ne pas l'avoir aiguillée dans ses démarches pour retrouver un emploi adapté.

Toutefois, dans la décision litigieuse, l'OAI a fait référence à une communication octroyant à l'assurée une aide au placement, en précisant qu'il s'agissait d'une aide dans le but de trouver un emploi adapté à sa situation. Or l'intéressée a renoncé à cette aide par courrier du 21 février 2017, indiquant qu'elle ne voulait pas entrer dans une démarche de recherche d'activité professionnelle. Dans ces circonstances, il ne peut être fait grief à l'intimé de ne pas avoir soutenu l'assurée dans ses recherches d'emploi.

**7. a)** Il résulte de ce qui précède que 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 (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

La recourante qui n'obtient pas gain de cause n'a en outre pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 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 14 février 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de N.\_\_\_\_\_.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- N.\_\_\_\_\_
- 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 :