

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 25 septembre 2018

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mmes Röthenbacher et Berberat, juges  
Greffière : Mme Rochat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**L.**\_\_\_\_\_, à (...), recourante, représentée par Me David Métille, avocat à Lausanne,

et

**E.**\_\_\_\_\_, à Vevey, intimé.

---

**Art. 4, 6, 28, 36 et 39 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** L.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], d'origine [...], s'est établie en Suisse le 8 janvier 2014. Titulaire d'une licence en géographie, elle est femme au foyer, sans enfant. Le 12 octobre 2016, elle a déposé une demande de prestation auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), tendant à l'octroi d'une rente. Elle indiquait souffrir d'une scoliose et d'une obstruction respiratoire depuis l'âge de dix ans.

A l'appui de sa demande, l'assurée a joint un rapport d'IRM [imagerie par résonance magnétique] cervicale et lombaire effectuée le 7 juin 2016 par le Dr [...], spécialiste en radiologie, lequel a conclu à un discret rétrécissement du récessus latéral gauche, au contact de la racine de L5 et fissure annulaire L5-S1 paramédiane gauche, au contact de l'émergence de la racine S1.

Dans un courrier du 2 août 2016 à la Dresse T.\_\_\_\_\_T.\_\_\_\_\_, médecin traitante, les Drs W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, et I.\_\_\_\_\_, médecins à l'Unité de chirurgie spinale, Département des neurosciences cliniques du CHUV, ont indiqué que le caractère peu symptomatique de la sténose mise en évidence par l'IRM du 7 juin 2016 ne justifiait pas de geste chirurgical pour le moment. Un traitement de physiothérapie en piscine était prescrit, de même qu'un suivi de la scoliose.

Dans un rapport du 29 novembre 2016, la Dresse T.\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de scoliose lombaire et cervicale et de syndrome dépressif existant depuis 2015. L'assurée ne pouvait pas rester debout ou assise plus de trente minutes en raison des douleurs. La reprise d'une activité à 80% à une date indéterminée était à envisager.

Le 19 décembre 2016, l'assurée a indiqué sur le formulaire de détermination du statut qu'en bonne santé, elle travaillerait « à partir de

demain » à 100% dans le domaine des ressources humaines, dans le tourisme ou comme employée de bureau, « pour acquérir une indépendance financière, se sentir utile et pour être une personne normale ».

Dans un rapport du 5 janvier 2017 à l'OAI, le Dr I. \_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de scoliose dextro-convexe droite à forte courbure supérieure à 40° avec risque évolutif à long terme. Une prise en charge chirurgicale était possible mais avait été refusée par l'assurée. Une protrusion discale L5-S1 à gauche avec arthrose facettaire avait également été mise en évidence. Ces sciatalgies étaient cependant peu symptomatiques et un traitement de physiothérapie en piscine était suffisant pour les traiter. Il n'existait aucune restriction sur les capacités professionnelles d'un point de vue physique, mental ou psychique.

Le Dr G. \_\_\_\_\_, pneumologue, a indiqué dans un rapport du 26 janvier 2017 que l'assurée présentait une capacité pulmonaire totale à 87% de la norme, pouvant être considérée comme normale. La capacité de travail pouvait être limitée par la cyphoscoliose, point qu'il fallait voir avec un orthopédiste. En revanche, du point de vue respiratoire, les résultats fonctionnels ne montraient pas de diminution de la capacité de travail.

Dans un rapport du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) du 17 mai 2017, le Dr P. \_\_\_\_\_ a retenu au titre de l'atteinte principale à la santé une scoliose thoracique dextro-convexe juvénile idiopathique, entraînant secondairement des troubles dégénératifs lombaires bas. L'atteinte vertébrale était évidente et significative et justifiait idéalement une sanction chirurgicale. Néanmoins, en l'absence de répercussions respiratoires, la capacité de travail était entière dans une activité professionnelle légère, respectant les limitations fonctionnelles de l'assurée (possibilité d'alterner régulièrement les positions assis/debout ; pas de soulèvement ni de port régulier de charges d'un poids supérieur à 5 kg).

Par projet de décision du 9 juin 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'en l'absence d'atteinte à la santé invalidante, elle n'avait pas de droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

Par décision du 23 août 2017, l'OAI a confirmé son projet du 9 juin 2017.

**B.** Par acte du 27 septembre 2017, L.\_\_\_\_\_, désormais représentée par Me David Métille, a interjeté recours contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'un quart de rente d'invalidité au moins, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En substance, elle a fait valoir qu'elle présentait un cumul d'atteintes, qui requérait d'être investigué par le biais d'une expertise pluridisciplinaire. Elle s'est référée à l'appréciation de la Dresse T.\_\_\_\_\_ du 29 novembre 2016, pour soutenir que sa capacité de travail moyenne était de 70%, et que compte tenu d'un revenu sans invalidité qu'elle estimait à 61'619 fr. 88, et d'un revenu d'invalidité de 34'131 fr. 96, son degré d'invalidité était de 44.61%, suffisant pour lui ouvrir le droit à un quart de rente. Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire sur un plan orthopédique et/ou rhumatologique, ainsi que sur un plan cardiologique, voire encore neurologique. A l'appui de son recours, l'assurée a produit un rapport du 16 août 2017 établi par le Dr W.\_\_\_\_\_, dont il ressort les éléments suivants :

« La patiente mentionne des céphalées (pouvant durer jusqu'à 1 mois, présentes 1 fois par année, prenant l'hémicrâne gauche), elle a eu un contrôle de la colonne cervicale qui n'a pas montré de lésion, ainsi qu'une consultation en ophtalmologie sans particularité également. A relever que les céphalées sont un problème important pour la patiente car, durant tout le mois elle présente des céphalées et elle ne peut pratiquement pas vivre et les antalgiques sont inefficaces. Je propose qu'elle soit vue par un confrère en neurologie (Dr [...]). Je propose de continuer la physiothérapie avec un suivi dans 3 ans ».

Dans sa réponse du 29 novembre 2017, l'OAI a proposé le rejet du recours. Il s'est référé à l'avis du 9 novembre 2017 du Dr

P.\_\_\_\_\_ qu'il produit. Selon lui, le rapport du Dr W.\_\_\_\_\_ du 16 août 2017 n'apporte pas d'argument susceptible de contester les conclusions du rapport établi par le Dr I.\_\_\_\_\_ le 5 janvier 2017 ni celles du rapport d'examen SMR du 17 mai 2017. S'agissant de la problématique vertébrale, le rapport en question atteste une évolution caractérisée par la stabilité au niveau structurel, ce qui est confirmé par la mesure de l'angle de Cobb. Le bénéfice de la physiothérapie en piscine atteste aussi que la musculature paravertébrale reste stimulable et compétente. Quant aux céphalées, aucun des rapports au dossier ne les mentionnant, il n'y avait pas lieu d'en tenir compte au moment de rendre la décision litigieuse.

Dans sa réplique du 12 mars 2018, la recourante a modifié ses conclusions, en ce sens qu'elle a droit à au moins trois quart de rente. Elle soutient que son importante médication influe sur sa capacité de travail, qui justifie de tenir compte d'une baisse de rendement de l'ordre de 10 à 20%. Elle a ainsi procédé à une nouvelle évaluation de son incapacité, retenant une baisse de rendement de 35 % selon l'appréciation de la Dresse T.\_\_\_\_\_ (cf. questionnaire du 18 octobre 2018 *infra*), de 15% pour la médication, et de 10% pour les céphalées, estimant dès lors sa baisse de rendement globale à 60%. Elle a recalculé le taux d'invalidité en tenant compte d'un revenu d'invalidité de 21'671 fr. 09, et estimé que comparé au revenu sans invalidité de 61'619 fr. 88, son taux d'invalidité était de 64.93% et correspondait à trois quarts de rente. Elle a pour le surplus produit les pièces suivantes :

- un rapport du 2 octobre 2017 de la Consultation spécialisée de [...] établi par le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, qui retient un diagnostic, en lien avec les céphalées, de probable « cluster headache », présent depuis l'âge de 12 ans avec des épisodes d'une durée d'un mois, une fois par année. L'assurée était invitée à consulter aux urgences pour avoir un traitement d'oxygène en cas de récurrence de crises, et si la manœuvre s'avérait inefficace, un traitement par Sumatriptan était admis.

- un questionnaire du 18 octobre 2017 établi par Me Métille à l'attention de la Dresse T.\_\_\_\_\_, qui l'a complété (à une date non précisée) comme suit :

**1. Quels sont les diagnostics susceptibles d'influer sur le taux de capacité de travail de la patiente ?**

Scoliose lombaire et cervicale d'amplitude élevée.

**2. Au regard de l'ensemble des diagnostics médicaux présentés par la patiente, quel serait à l'heure actuelle le taux maximal de capacité de travail dans une activité adaptée ?**

50-80%

**3. Quelles sont les limitations fonctionnelles présentées par la patiente ?**

Fatigue, douleurs persistantes

**4. Est-ce que la patiente serait en mesure de tolérer une position assise ou debout de moyenne à longue durée (entre 1h00 à 2h00 d'affilée) ? Dans la négative pour quels motifs ?**

En position assise - 1-2h

En position debout - max 1h.

**5. De même, est-ce que la patiente serait en mesure d'assumer une activité d'au moins 8h00 par jour, voire davantage, sur plusieurs jours, sans connaître la moindre baisse de rendement ? Dans la négative, pour quels motifs ?**

Oui.

**6. Est-ce qu'au regard de l'importante médication prescrite à la patiente, comprenant du Temesta Expitet, du Sirdalud Tizanidin, du Mephadolor Neo, du Pantaprozol-Mepha, du Novalgin, du Pantoprazole Axaphram, du Daflagan, du Relpax Eletripanum, du Ketonal Forte, ainsi que des crèmes de Diclac et de Diclofenac Gel, selon la liste des photos prises par la patiente produites en annexe, serait susceptible d'influer sur le rendement de la patiente, en particulier sous la forme d'une baisse de rendement éventuelle ? Dans l'affirmative à concurrence de quel taux ? Dans la négative, pour quels motifs ?**

Oui, mais difficile à évaluer l'impact sur le rendement.

**7. Quels sont les différents effets secondaires présentés par la médication globale prescrite à la patiente ? Est-ce que ceux-ci pourraient-ils se présenter sous la forme d'une fatigabilité accrue ? De troubles digestifs ? De maux de tête et/ou de céphalées ? De troubles de l'endormissement et/ou du sommeil ? De troubles de l'humeur ? de l'anxiété ? Autres effets secondaires indésirables ?**

Selon le prospectus de chaque médicament.

**8. Pour le cas où ne devait être tenu aucunement compte des effets secondaires présentés par la médication prescrite à la santé sur son taux de capacité de travail, respectivement son**

**rendement, est-ce que cela signifie que ceux-ci seraient-ils totalement inexistantes ? De même, est-ce que cela signifierait que les effets secondaires contenus dans les compendiums seraient-ils surévalués à l'égard de la patiente ?**

Pour le Temesta, l'effet sédatif est connu ; le reste des médicaments - difficile à juger.

- un questionnaire du 18 octobre 2016 établi par Me Métille à l'attention du Dr W.\_\_\_\_\_, qui l'a complété le 7 novembre 2017 comme suit :

**1) Quelles sont les limitations fonctionnelles présentées par la patiente compte tenu de la scoliose dextro-convexe droite à forte courbure supérieure à 40 ° avec risque évolutif à long terme ?**

Pas de limitation fonctionnelle en raison de sa scoliose, la patiente présente des limitations à cause de lombalgies chroniques, afin de vérifier les limitations fonctionnelles, il faudrait évaluer ses capacités fonctionnelles que je n'ai pas effectuées.

Dans le cadre du suivi d'une scoliose, à long terme, il y a un risque de progression de la courbure, actuellement la patiente a 30 — 35 ans et il existe un risque évolutif lent et progressif.

**2) Est-ce que la patiente serait en mesure de tolérer une position assise ou debout de moyenne à longue durée (entre 01h00 à 02h00 d'affilée ?) Dans la négative pour quels motifs ?**

Dans la négative, non. Je pense que la patiente pourrait rester assise durant 01h00 sans problème.

**3) De même, est-ce que la patiente serait en mesure d'assumer une activité d'au moins 08h00 par jour, voire davantage, sur plusieurs jours, sans connaître la moindre baisse de rendement ? Dans la négative, pour quels motifs ?**

Il est possible que les douleurs et la fatigue musculaire l'empêchent de maintenir une activité durant une journée entière.

**4) Est-ce qu'au regard de l'importante médication prescrite à la patiente, comprenant du Temesta Expitet, du Sirdalud, du Mephadolor Neo, du Prantaprozol-Mepha, du Novalgin, du Pantoprazole Axapharm, du Dafalgan, du Repalx Eletripanum, du Ketonal Forte, ainsi que des crèmes de Diclac et de Diclofenac Gel, selon la liste des photos prises par la patiente produites en annexe, serait susceptible d'influer sur le rendement de la patiente, en particulier sous la forme d'une baisse de rendement éventuelle ? Dans l'affirmative à concurrence de quel taux ? Dans la négative, pour quels motifs ?**

Je ne suis pas spécialiste de l'antalgie mais il est clair qu'avec des traitements de douleur et des lombalgies, il est difficile de ne pas avoir de baisse de rendement durant la journée

**5) Quels sont les différents effets secondaires présentés par la médication globale prescrite à la patiente ? Est-ce que ceux-ci pourraient-ils se présenter sous la forme d'une fatigabilité accrue ? De troubles digestifs ? De maux de tête et/ou de céphalées ? De troubles de l'endormissement et/ou du sommeil ? De troubles de l'humeur ? de l'anxiété ? Autres effets secondaires indésirables ?**

Comme je le mentionnais ci-dessus, je ne suis pas un spécialiste de l'antalgie. Je n'ai moi-même pas prescrit tous ces traitements à la patiente mais il est évident que ces médicaments peuvent avoir des effets secondaires, chaque médicament peut avoir ses propres effets secondaires, selon la liste, tel le Pantoprazole et des types d'anti-inflammatoires différents, ce qui pourrait être contre-indiqué. Personnellement, je n'ai pas prescrit ce type de médicaments. Il serait judicieux que le médecin traitant de la patiente se penche sur ce problème.

**6) Pour le cas où il ne devait être tenu aucunement compte des effets secondaires présentés par la médication prescrite à la santé sur son taux de capacité de travail, respectivement son rendement, est-ce que cela signifie que ceux-ci seraient-ils totalement inexistantes ? De même, est-ce que cela signifierait que les effets secondaires contenus sans les compendiums seraient-ils surévalués à l'égard de la patiente ?**

Je ne peux pas répondre à cette question. La patiente prend divers médicaments peut-être en automédication, moi-même je n'ai pas prescrit de médicament. Il faudrait voir qui a prescrit ces médicaments. Il est évident que la patiente prend plusieurs fois le même type de médicaments avec des anti-inflammatoires et pansements gastriques. Le Temesta et le Repalx peuvent avoir un effet sur les troubles du sommeil et de l'humeur.

**7) Tout(es) autres remarque(s) utile(s) ?**

Je pense que la patiente devrait bénéficier d'une évaluation de ses capacités fonctionnelles et être suivie en antalgie. Lors des consultations à mon cabinet, j'ai suivi cette patiente principalement en raison de problèmes de scoliose, il serait adéquat que cette dernière puisse bénéficier d'un suivi thérapeutique au long cours. La patiente a également été vue par un neurologue pour des céphalées, ce qui sort de mes compétences.

- un rapport du 11 décembre 2017 établi par la Dresse T.\_\_\_\_\_, laquelle répond à une question de Me Métille en confirmant que la totalité des symptômes que présentait l'assurée ne pouvait être attribuée à 100% à la médication prescrite. Selon elle, l'assurée souffrait également d'attaques de panique à répétition qui pouvaient s'associer à des troubles d'humeur assez importants.

- un rapport du 14 février 2018, non signé, établi par le Service de [...], dans lequel le diagnostic de « cluster headache » est retenu. Des propositions thérapeutiques sont évoquées afin d'écourter le délai d'action des médicaments à prendre en cas de crises.

Dans sa duplique du 10 avril 2018, l'OAI a une nouvelle fois conclu au rejet du recours. Il s'est prévalu d'un rapport du SMR du 3 avril 2018 établi par le Dr P.\_\_\_\_\_, selon lequel les céphalées paroxystiques que présentait la recourante ne sont pas responsables d'une incapacité de travail prolongée, puisqu'elles sont intermittentes. Par ailleurs, les données fournies par le Dr W.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 7 novembre 2017 ne sont pas de nature à contester les conclusions du rapport d'examen SMR du 17 mai 2017. Enfin, le Dr P.\_\_\_\_\_ a relevé que la Dresse T.\_\_\_\_\_ avait fait preuve d'une méconnaissance diagnostique dans son dernier rapport en retenant une scoliose lombaire et cervicale d'amplitude élevée alors que la recourante présentait en réalité une scoliose thoracique. La Dresse T.\_\_\_\_\_ n'étayait par ailleurs pas les données de nature psychiatrique qu'elle rapportait, de sorte que ces informations n'étaient pas pertinentes.

Le 6 juin 2018, la recourante a maintenu sa position. Elle a encore produit les pièces suivantes :

- un rapport du 11 mai 2018, dont le contenu est identique à celui du 14 février 2018, signé cette fois du Dr [...], spécialiste en neurologie.
- un courrier du 31 mai 2018 du Dr [...], lequel indique :  
« La pathologie chronique neurologique de Cluster Headache que présente Mme L.\_\_\_\_\_ peut impacter la capacité de travail, tout dépend bien évidemment du nombre de crise douloureuse que présente la patiente. Il n'est donc pas possible de donner des chiffres précis concernant le taux de capacité de travail du patient, d'autant plus que nous ne suivons Mme L.\_\_\_\_\_ que depuis le mois de janvier 2018 et qu'un certain recul clinique est nécessaire afin de pouvoir statuer formellement ».

- deux reçus établis par la société coopérative [...] d'une inscription de la recourante à un cours de français intensif débutants.

Le 18 juin 2018, l'OAI a une nouvelle fois proposé le rejet du recours, en se prévalant de l'avis SMR établi le 14 juin 2018 par le Dr P.\_\_\_\_\_, lequel relevait que les documents médicaux versés au dossier postérieurement à son dernier avis confirmaient que l'assurée souffrait d'un cluster headache, pathologie qui était par définition intermittente. La dernière crise remontait en l'occurrence à août 2017. La rareté des crises et la mise à disposition d'un traitement médicamenteux suffisant à traiter les épisodes douloureux permettaient de conclure qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail durable en lien avec la problématique céphalalgique.

Le 4 juillet 2018, la recourante a produit un rapport du 20 juin 2018 établi par le Dr G.\_\_\_\_\_, lequel confirme, en substance, la teneur de son rapport du 26 janvier 2017.

Par courrier du 13 octobre 2016, la juge instructrice a requis de l'OAI sa détermination au sujet du respect par la recourante des conditions d'assurance (art. 6, 9 et 36 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]).

Dans ses déterminations du 23 juillet 2018, l'OAI a indiqué ne pas avoir eu de raisons de se pencher sur la question des conditions générales d'assurance, dans la mesure où il n'y avait pas d'invalidité en l'espèce. S'il fallait considérer une invalidité, celle-ci serait survenue à l'étranger, soit avant le séjour de l'assurée sur le territoire suisse. Ainsi, les exigences des art. 6 et 36 LAI n'étaient pas remplies.

La recourante n'a pas déposé de déterminations complémentaires.

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

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

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

**3. a)** Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle a présenté une

incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Est réputée incapacité de travail 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 (art. 6 LPGA).

**b)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 et les références citées).

**c)** D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours 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. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes

exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**d)** Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI (Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Il dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

**4. a)** En l'occurrence, il n'est pas contesté que la recourante présente une scoliose depuis son enfance.

Cela étant, à la suite du rapport d'IRM du 7 juin 2016, le Dr I.\_\_\_\_\_ n'a pas rédigé d'arrêt de travail, ni estimé que la recourante présentait une incapacité de travail. Bien plus, il a relevé, avec le Dr W.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 2 août 2016 à la Dresse T.\_\_\_\_\_, qu'au

vu du caractère peu symptomatique de la sténose, il ne proposait pour le moment pas de prise en charge chirurgicale, prévoyant uniquement de revoir l'assurée une année plus tard pour suivre l'évolution de sa scoliose. De même, le Dr G.\_\_\_\_\_ a conclu dans un rapport du 26 janvier 2017 que du point de vue respiratoire l'assurée ne présentait pas de diminution de la capacité de travail.

Dans ces circonstances, lorsque l'OAI a statué le 23 août 2017, il était fondé à retenir que la recourante ne présentait pas d'incapacité de travail.

Quant aux documents produits dans le cadre de la procédure de recours, ils ne remettent pas en cause cette appréciation. Le Dr W.\_\_\_\_\_, dans sa réponse du 7 novembre 2017 aux questions de Me Métille, ne se prononce pas sur la capacité de travail de la recourante, précisant néanmoins que cette dernière ne présente aucune limitation fonctionnelle en raison de sa scoliose. Pour le surplus et de son propre aveu, le Dr W.\_\_\_\_\_ explique ne pas pouvoir répondre aux questions en lien avec la médication de l'assurée, n'étant pas un spécialiste de l'antalgie. La Dresse T.\_\_\_\_\_ indique pour sa part, dans un questionnaire du conseil de la recourante daté du 18 octobre 2017, que le taux d'activité admissible serait de « 50 à 80% ». Elle n'explique cependant pas pour quels motifs elle retient ces taux d'activité alors qu'elle répond « oui » à la question de savoir si la patiente serait en mesure d'assumer une activité d'au moins 8h00 par jour, voire davantage, sur plusieurs jours, sans connaître la moindre baisse de rendement. Quant au fait que la recourante ne pourrait pas rester assise plus d'une à deux heures, et debout plus de une heure, il en a été tenu compte par le Dr P.\_\_\_\_\_ dans son appréciation du 17 mai 2017, puisqu'il a en particulier fait état des limitations fonctionnelles suivantes : possibilité d'alterner régulièrement les positions assis/debout et pas de soulèvement ni de port régulier de charges.

**b)** S'agissant des céphalées, elles sont connues de longue date, puisqu'il ressort du rapport du 2 octobre 2017 du Dr M.\_\_\_\_\_ que

la recourante les subit depuis l'âge de douze ans. Elle n'en a cependant pas fait état dans le cadre de l'instruction menée par l'OAI avant que ne soit rendue la décision litigieuse. Quoiqu'il en soit, il ne ressort pas des pièces produites sur recours que ces céphalées sont incapacitantes sur la durée. Dans son rapport du 11 mai 2018, le Dr [...] se limite en effet à faire des propositions thérapeutiques afin que l'assurée puisse gérer au mieux les crises lorsqu'elles apparaissent. On retiendra dès lors avec le Dr P. \_\_\_\_\_ que la rareté des crises – la dernière remonte au 30 août 2017 (cf. rapport du Dr P. \_\_\_\_\_ du 14 juin 2018) – et la mise à disposition d'options thérapeutiques efficaces permettent de conclure qu'il n'y a pas d'incapacité de travail durable en lien avec la problématique céphalalgique. Pour le surplus, tous les examens complémentaires mis en œuvre (cf. rapport du 16 août 2017 du Dr W. \_\_\_\_\_, rapport du 11 mai 2018 du Dr [...]) se sont révélés dans la norme, ou sans particularité. L'appréciation du Dr [...] du 31 mai 2018 rejoint celle du SMR, puisqu'il observe que l'influence des céphalées sur la capacité de travail est fonction du nombre de crises douloureuses. Il ne se prononce pas sur la capacité de travail de la recourante, indiquant qu'en l'occurrence, il n'a pas le recul clinique nécessaire pour pouvoir statuer formellement.

Ainsi, il découle de ce qui précède que la recourante ne présente pas d'atteinte invalidante à la santé, de sorte que l'intimé était fondé à refuser l'octroi des prestations de l'assurance-invalidité.

**5.** Quoiqu'il en soit, la recourante ne remplit pas les conditions générales d'assurances des art. 6, 9 et 36 LAI nécessaires à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

En effet, selon ces dispositions, les étrangers ont droit aux prestations, sous réserve de l'art. 9 al. 3 LAI, aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAI, l'octroi d'une rente ordinaire de l'assurance-invalidité est, quelle que soit la nationalité de la personne

assurée, subordonné à une durée de cotisations minimale de trois ans lors de la survenance de l'invalidité.

En l'occurrence, il ressort des pièces au dossier que les atteintes dont se plaint l'assurée sont anciennes, et remontent à l'enfance (pour la scoliose), respectivement au début de l'adolescence (pour les céphalées). Dans la mesure où la survenance des atteintes est manifestement antérieure à son arrivée en Suisse, (en janvier 2014), la recourante ne peut se prévaloir d'une durée de cotisations d'une année entière au moins, respectivement de trois années au moins au moment de la survenance de l'invalidité alléguée et, partant, prétendre l'octroi de mesures d'ordre professionnel ou d'une rente ordinaire.

Pour le reste, la recourante ne peut prétendre l'octroi d'une rente extraordinaire au sens de l'art. 39 LAI, faute de compter le même nombre d'années d'assurance que les personnes du même âge (art. 39 al. 1 LAI et 42 LAVS). A défaut d'être née invalide en Suisse ou d'avoir résidé en Suisse sans interruption depuis une année au moins ou depuis sa naissance lors de la survenance de l'invalidité, la recourante ne remplissait pas non plus pendant son enfance les conditions de l'art. 9 al. 3 LAI.

Au vu de ce qui précède, la demande de prestations de la recourante doit être à double titre être rejetée, faute pour la recourante de présenter une invalidité, d'une part, et de remplir les conditions générales d'assurances, d'autre part. Il y a lieu de renoncer aux mesures d'instruction requises par la recourante, lesquelles ne permettraient pas de statuer différemment (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc).

**6. a)** Le recours doit dès lors être rejeté et la décision attaquée confirmée dans le sens des considérants.

**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. (cf. 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 être mis à la charge de la recourante, qui succombe (cf. art. 69 al. 1 LAI ; art. 49 al. 1 LPA VD).

**c)** Enfin, la recourante n'obtenant pas gain de cause, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (61 let. g LPGA et art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 23 août 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 L.\_\_\_\_\_.
- 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 :

- Me David Métille, avocat à Lausanne (pour L. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :