

## VD\_GERICHTE ZD11.040486 vom 12. Juni 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-06-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD11.040486](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD11.040486)

FR: VD\_GERICHTE ZD11.040486 du 12 juin 2013

IT: VD\_GERICHTE ZD11.040486 del 12 giugno 2013

### Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 310/11 - 144/2013 ZD11.040486 CO UR DE S  
ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_

Arrêt du 12 juin 2013 \_\_\_\_\_ Présidence de Mme THALMANN Juges : M. Métral et M. Bonard, assesseur Greffier : M. Bohrer \*\*\*\*\* Cause pendante entre : Q. \_\_\_\_\_, à [...], recourante, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 6, 7, 8 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 2 LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. Q. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1957, mère de deux enfants majeurs, a rempli le 3 juillet 2009 un formulaire de détection précoce adressé à Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI). Il résulte du procès-verbal de l'entretien qui a eu lieu le 6 août 2009 entre l'assurée et la conseillère de l'OAI que l'assurée exerçait à 100% la profession de cheffe de rayon - boulangerie à la Société coopérative X. \_\_\_\_\_ à [...] pour un salaire mensuel brut treize fois l'an de 3'900 fr. ainsi que l'activité accessoire de concierge pour un salaire de l'100 fr. par mois jusqu'au 15 août 2009 dès lors que vu son déménagement, l'assurée n'aurait plus de conciergerie. Le 6 novembre 2009, elle a déposé une demande de prestations AI pour adultes tendant à l'obtention de mesures de réadaptation professionnelle auprès de l'OAI. Elle fait état de douleurs apparues au dos et aux jambes suite à une chute, une hernie discale ayant été diagnostiquée. Comme activité professionnelle, elle mentionne son activité auprès de la Société coopérative X. \_\_\_\_\_ et indique le 17 novembre 2009 qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100% dans la vente par nécessité financière. Selon l'extrait de compte individuel de l'assurée établi le 16 novembre 2009, ses revenus se sont élevés en 2008 à 56'434 fr. (salaires de 49'641 fr. versé par la Société coopérative X. \_\_\_\_\_ et de 6'793 fr. versé par Z. \_\_\_\_\_). Il ressort du questionnaire pour l'employeur rempli le 20 novembre 2009 par la Société coopérative X. \_\_\_\_\_ que l'assurée était cheffe du rayon retail à 100% (soit 41 heures par semaine) depuis mars 2006 et que son salaire AVS annuel au 1er janvier 2009 était de 50'700 fr. Ses tâches étaient le plus souvent de mettre en place les rayons et de les remplir, parfois de cuire le pain et rarement de gérer le stock et les commandes de marchandises. Sur le plan physique les exigences du poste

- 3 - de l'assurée requéraient souvent de marcher, de rester debout et de soulever ou porter des poids légers inférieurs à 10 kg. A l'inverse, son poste requérait rarement d'être assis et de soulever des poids supérieurs à 10 kg. Dans un rapport médical du 23 novembre 2009, le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, a posé comme diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail une hernie discale paramédiane L5-S1 droite existant depuis 2009. Il a pour le surplus indiqué que l'assurée était suivie par le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie. Interpellé par l'OAI, le Dr K. \_\_\_\_\_ a transmis à cet office, le 23 décembre 2009, divers documents, à savoir : - un

protocole opératoire établi par ce praticien le 11 mai 2009 dans lequel ce dernier pose le diagnostic de hernie discale paramédiane L5-S1 droite et indique avoir procédé sur la personne de l'assurée à une hémilaminectomie, une nucléotomie et une arthrectomie partielle et décrit l'intervention en ces termes : "Lavage, désinfection et champtage. Incision sur 5 cm en regard de l'espace L5-S1 droit contrôlé sous scopie. Sous protection du ligament jaune, nous procédons à une hémilaminectomie à minima après flavectomie et contrôle de l'espace péridural. Nous constatons un départ très proche de la racine L5-S1 comme des racines conjointes, mais qui ne prennent pas tout à fait le départ sur la même épaule radiculaire. Nous arrivons à déplacer progressivement le sac dural et la racine L5. Nous trouvons alors le dôme herniaire assez pointu qui se projette vers la racine qui est assez violacée. Mise en place d'un écarteur à racines. Le dôme est lacéré moyennant la curette, puis vidé de son contenu avec crochet et rongeur. Nous finissons l'intervention par une nucléotomie par des rongeurs droits et courbes. Lavage abondant, mise en place d'un Redon, instillation de Dépo-Médrol péri-lésionnel. Fermeture plan par plan." ; - un rapport médical établi le 18 décembre 2009 par la Dresse R. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine nucléaire, dont il ressort ce qui suit :

- 4 - "Renseignements : Douleurs neurogènes du territoire L1-L2 dans un contexte post-cure de hernie discale (L5-S1) il y a 7 mois. Bilan articulaire. Description : A la phase vasculaire, après injection iv de 600MBq de 99mTc bisphosphonates, les vues dynamiques ont été localisées sur le bassin et rachis lombaire. Il n'y a pas de zone d'hyperémie. A la phase tissulaire, pas d'anomalie de captation dans les parties molles autour du rachis lombaire. A la phase tardive, discrète hétérogénéité de captation du rachis lombaire dans le sens d'une hypo-activité du corps vertébral L5, contrastant avec une hyperactivité de son plateau supérieur et une hyperactivité du corps vertébral L4 et de façon moindre de L2 et de L3. Je ne vois pas de signe de fracture-tassement. L'aspect pourrait être d'origine dégénératif. La captation est normale sur les articulations sacro-iliaques, ainsi que sur les coxo-fémorales. Sur le reste du squelette : troubles dégénératifs sur les deux épaules et foyers hyperactifs sur les tarses de chaque côté, portion antérieure à gauche et interne à droite, d'origine indéterminée, possiblement une ostéo-arthropathie. Pas d'image évocatrice de lésion secondaire. Conclusion : Cet examen démontre des troubles dégénératifs mineurs sur l'ensemble du rachis lombaire et une discrète hétérogénéité de captation dans le sens d'une hypoactivité de la vertèbre L5 (déméralisation), contrastant avec l'hyperactivité de son plateau supérieur. Ceci pourrait être la séquelle d'une ancienne fracture-tassement. Les troubles dégénératifs sont présents, mais modérés sur les deux épaules et les deux hanches." ; - une lettre du 23 décembre 2009 écrite par le Dr K. \_\_\_\_\_ à l'attention de la Société coopérative X. \_\_\_\_\_ dans laquelle ce médecin spécifie que l'assurée ne peut faire qu'un 50% à un rendement normal la demi-journée et non une activité professionnelle d'une durée normale à un rendement de 50%.

- 5 - Par courrier du 23 décembre 2009, le Dr K. \_\_\_\_\_ a adressé l'assurée à la Dresse D. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésie, pour qu'elle pratique des infiltrations péridurales. Interpellée par le Service médical régional AI (ci-après : SMR), la Dresse D. \_\_\_\_\_ a répondu ce qui suit par courrier du 31 mai 2010 : "Mme RODRIGUES m'a été adressée par le Dr K. \_\_\_\_\_ pour tenter de soulager les douleurs lombaires avec fessalgie droite que présente la patiente. Douleur liée à une discopathie lombaire étagée avec hernie discale L5-S1 droite sans conflit radiculaire. Une première infiltration péridurale L5-S1 droite a été effectuée le 25.02.2010 qui a permis une diminution de 80% de la douleur. Persiste une

douleur lombaire modérée qui répond favorablement à 3 séries d'infiltrations facettaires lombaires (dernière infiltration le 31.05.10). Selon l'évolution clinique, une neurolyse par radiofréquence sera éventuellement discutée à la prochaine consultation (...)." A nouveau interpellée par le SMR le 26 juillet 2010, la même praticienne a indiqué que l'assurée allait beaucoup mieux depuis le traitement par neurolyse effectué le 22 juin 2010, que la douleur était beaucoup moins forte, la patiente semblant contente, qu'aucun traitement ni de suivi n'était prévu pour l'instant, la patiente devant la contacter à nouveau si nécessaire, et que la lésion vertébrale (discopathie) était toujours présente, une surcharge de travail pouvant faire réapparaître les douleurs. Dans un rapport médical du 31 août 2010 à l'attention du Dr T.\_\_\_\_\_, le Prof. N.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a écrit ce qui suit : "J'ai revu votre patiente, qui va nettement mieux depuis notre première évaluation neurologique du 23 août. En particulier, elle a un meilleur sommeil, moins de douleurs dans la région lombaire basse et surtout, une nette régression des impatiences des jambes, simplement par la prise de Rivotril 0.5 mg au coucher. Compte tenu du fait qu'elle avait des douleurs au niveau de la hanche droite, nous avons fait des radiographies du bassin et de la hanche droite, qui ont fait découvrir fortuitement une calcification en regard du petit trochanter à droite en corrélation avec une possible insertionite.

- 6 - Je ne vois pas la nécessité de faire d'autres examens complémentaires. (...)." Sur requête de l'OAI, le Dr T.\_\_\_\_\_ a répondu le 31 août 2010 au questionnaire que cet office lui avait adressé. Il ressort notamment des réponses de ce médecin que l'assurée présentait toujours une incapacité de travail de 50%, car elle avait toujours mal, et que sa capacité de travail n'était pas supérieure dans une activité mieux adaptée. En outre, ce praticien a précisé que sa patiente avait perdu son emploi à cause de ses douleurs et qu'elle se retrouvait au chômage. Dans un avis médical SMR du 27 septembre 2010, le Dr C.\_\_\_\_\_ a écrit ce qui suit : "Assurée sans formation, devenue cheffe de rayon boulangerie à la Société coopérative X.\_\_\_\_\_, emploi perdu suite à une longue absence pour cause de lombalgies. L'assurée a été opérée en mai 2009 d'une hernie discale par le Dr K.\_\_\_\_\_. Depuis nous avons de la peine à obtenir des renseignements médicaux utilisables. Nous savons que l'assurée a subi plusieurs infiltrations suite à l'intervention, ce qui témoigne d'une évolution qui n'a pas été optimale. L'assurée a repris le travail à 50%, mais finalement elle a perdu son emploi. Après des demandes précises, nous n'avons pas reçu de renseignements détaillés par rapport à la capacité de travail exigible (...). Dans cette situation, nous devons disposer d'une appréciation fondée de la capacité de travail exigible et des limitations fonctionnelles, raison pour laquelle je propose un examen rhumatologique au SMR." Le 27 septembre 2010, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, a rendu un rapport d'expertise sur mandat de l'assureur perte de gain de l'assurée. Il en ressort les passages suivants : **DIAGNOSTICS ■ Lombo-pseudo-sciatalgies droites ■ Status après cure d'hernie discale L5-S1 le 11 mai 2009.**

- 7 - APPRECIATION DU CAS Il s'agit d'une assurée de 52 ans, faisant état de lombalgies compliquées d'irradiations douloureuses intéressant le membre inférieur droit depuis déjà quelques années sans toutefois que ces symptômes n'aient justifié de prise en charge médicale ni d'incapacité de travail prolongée. Des suites d'une chute sur le siège au mois de janvier 2009, elle va développer une aggravation de ses lombalgies compliquées d'une irradiation douloureuse intéressant le membre inférieur droit, persistance des symptômes malgré une prise en charge conservatrice dans un contexte d'hernie discale médiane paramédiane droite de L5-S1 conduisant à une chirurgie impliquant cure d'une hernie

discale de ce niveau le 11 mai 2009. Les suites vont être marquées par une amélioration transitoire des symptômes tant lombaires que du membre inférieur droit jusqu'au mois d'août de la même année, l'assurée développant par la suite des douleurs de ces localisations précitées, algies persistant malgré l'instauration de mesures conservatrices alliant de la physiothérapie, la prise de médicaments antalgiques et anti-inflammatoires. En incapacité de travail de 100% dès le mois de janvier 2009, elle va reprendre son activité professionnelle à 50% dès le 28 octobre 2009, licenciée selon les délais légaux en usage au 30 avril 2010. Une scintigraphie osseuse a été réalisée le 15 décembre 2009, vérifiant la présence d'une hétérogénéité de captation de L5 dans le contexte chirurgical et une hypercaptation tant des épaules que des hanches dans un contexte dégénératif. Dès le début 2010, la prise en charge est assumée par le service d'antalgie de l'Hôpital de [...] sous la forme d'infiltrations rachidiennes antalgiques avec un certain succès, un courrier du 31 mai 2010 de ce service faisant état d'une diminution de 80% de la douleur. L'assurée a aussi bénéficié d'une neurolyse par radiofréquence au mois de juin de cette année. L'assurée rapporte la persistance de lombalgies inférieures se prolongeant à la fesse et au membre inférieur droit, algies intermittentes, occasionnelles, plutôt mécaniques, favorisées lors des mouvements de contrainte rachidienne et lors de la position statique prolongée, principalement assise et lors du décubitus dorsal. L'examen clinique actuel relève une discrète altération de la mobilité tronculaire, la distance doigts-sol est de 14cm, flexion antérieure marquée par une rectitude lombaire terminée en L4. Les inclinaisons latérales comme l'extension sont complètes, l'assurée signalant des douleurs de la charnière lombo-sacrée en fin d'inclinaison gauche. La palpation segmentaire retrouve des douleurs médianes paramédianes bilatérales de L5-S1 s'accompagnant de zones insertionnelles intéressant les crêtes iliaques et la musculature fessière droite. La mise sous contrainte de

- 8 - la musculature fessière droite et du pyramidal de ce côté est douloureuse. Il n'y a pas d'altération fonctionnelle de la mobilité des grosses comme des petites articulations périphériques, il n'y a pas d'arthrite ni de synovite. Il n'y a pas de syndrome irritatif des membres inférieurs, la manoeuvre de Lasègue est négative, l'élévation des jambes tendues peut être portée au-delà de 85° des deux côtés provoquant des douleurs lombaires inférieures au-delà de cette amplitude du côté droit. Les réflexes ostéotendineux sont vifs et symétriques. Il n'y a pas d'altération de la force ni trouble de la sensibilité. L'assurée fait donc allégations de lombalgies compliquées d'une irradiation douloureuse intéressant la musculature fessière se prolongeant à la face postérieure du genou droit dans un contexte de cure d'une hernie discale L5-S1 réalisée le 11 mai 2009. L'examen clinique actuel reste pour le moins rassurant sans limitation fonctionnelle majeure tant du squelette axial que périphérique avec une mobilité tronculaire somme toute relativement conservée, il n'y a pas de syndrome irritatif ni neurodéficitaire des membres. Dans ce contexte et du point de vue rhumatologique seul, la capacité de travail de l'assurée dans son ancienne activité professionnelle au secteur boulangerie est de 50%, ceci au vu des contraintes rachidiennes et de la position debout prolongée qu'implique cette activité telle qu'elle en a fait la description. Dans une activité légère excluant les ports de charge au-delà de 10kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et autorisant l'alternance de la position assise et debout aux deux heures, la capacité de travail de l'assurée est entière. Du point de vue thérapeutique, l'expert n'a pas de proposition particulière à soumettre au-delà de la prise de médicaments antalgiques ou anti-inflammatoire à la demande, éventuellement complétée par des infiltrations rachidiennes sélectives lors des exacerbations des douleurs rachidiennes. L'assurée devrait poursuivre une activité physique régulière afin d'éviter les

rétractions musculaires et le raidissement articulaire, insister sur les mesures- d'étirements de la musculature fessière et pyramidale relativement sensible lors de leur mise sous contrainte. L'assurée pourrait aussi bénéficier d'une médication antidépresseur, reconnue pour augmenter le seuil de tolérance à la douleur dans les symptômes chroniques. Il ressort, par ailleurs, des éléments extra-médicaux pouvant expliquer la pérennisation des symptômes que son licenciement abrupt, mal compris et vécu comme une injustice, d'une société à laquelle elle avait selon ses dires beaucoup donné. Le pronostic médical reste relativement favorable compte tenu de l'absence de troubles dégénératifs manifestes visualisés sur les clichés standards, ni instabilité lors des clichés en dynamique, l'absence de troubles neurodéficitaires des membres inférieurs ou syndrome irritatif des membres inférieurs et une mobilité tronculaire somme toute relativement conservée."

- 9 - Le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie au SMR a examiné l'assurée le 19 octobre 2010. Dans son rapport d'examen du 11 novembre 2010, il mentionne en particulier ce qui suit : "DIAGNOSTICS - avec répercussion durable sur la capacité de travail • DORSALGIES ET LOMBOCRURALGIES BILATÉRALES DANS LE CADRE DE TROUBLES STATIQUES ET DÉGÉNÉRATIFS DU RACHIS AVEC STATUS APRÈS CURE DE HERNIE DISCALE L5-S1 D ET RÉTROLISTHESIS DISCRETS DE L3/L4 ET DE L4/L5. M 54.4. • DISCRÈTE COXARTHROSE DÉBUTANTE BILATÉRALE. M 16. - sans répercussion sur la capacité de travail • GOITRE MULTINODULAIRE. • HYPERCHOLESTÉROLÉMIE TRAITÉE. • CERVICOBRACHIALGIES D DANS LE CADRE DE TROUBLES STATIQUES DU RACHIS. M 54.2 • SYNDROME DES JAMBES SANS REPOS. • STATUS VARIQUEUX DES MEMBRES INFÉRIEURS. APPRÉCIATION DU CAS Depuis 6-7 ans, l'assurée a développé des douleurs de la fesse D sous forme de brûlures s'accompagnant de douleurs lombaires. Petit à petit, ces douleurs se sont aggravées et ont irradié à la face antérieure de la cuisse D jusqu'au genou, puis à la face antérieure de la jambe D jusqu'au gros orteil D. En janvier 2009, l'assurée a fait une chute sur un passage à piétons verglacé et les douleurs se sont aggravées. L'assurée boitait de plus en plus avec son membre inférieur D. Le 11.05.2009, elle a ainsi bénéficié d'une opération avec hémilaminectomie, nucléotomie et arthrectomie partielle pour cure de hernie discale L5-S1 D. Suite à cette opération, les douleurs se sont améliorées pendant 2-3 mois, puis au mois d'août 2009, elles sont réapparues. Actuellement les lombalgies et les douleurs de la fesse D se sont cependant atténuées par rapport à la période pré-opératoire. Par contre, les douleurs de la face antérieure de la cuisse D sont restées identiques. Actuellement, l'assurée se plaint toujours de lombocruralgies D irradiant à la face antérieure de la cuisse D jusqu'au genou. Ces douleurs ont un caractère essentiellement mécanique. En position debout immobile prolongée, l'assurée peut présenter également des douleurs dorsales et cervicales. L'assurée signale des réveils nocturnes posturo-dépendants en raison des douleurs et un dérouillage matinal avec boiterie du membre inférieur D pendant 2 heures. Elle signale également des démangeaisons des membres inférieurs avec nécessité de bouger les membres inférieurs en position couchée ou assise. Le Prof. N. \_\_\_\_\_ lui a prescrit du Rivotril® pour ce problème et lui aurait parlé d'un problème d'impatience des jambes. L'assurée présente également des

- 10 - douleurs de l'épaule D irradiant au membre supérieur D jusqu'aux doigts. Elle signale également une perte de sensibilité des extrémités des doigts avec impression de froid. Pour ce problème, l'assurée a bénéficié d'une infiltration du coude D par le Dr T. \_\_\_\_\_ qui a

permis une amélioration de la symptomatologie. Notons encore chez cette assurée, une hypercholestérolémie depuis mai 2010 et des nodules thyroïdiens, ce goitre nodulaire s'étant accompagné à un moment d'une hyperthyroïdie, mais étant actuellement euthyroïdien, puisque l'assurée ne prend aucun médicament. Au status général, on note une assurée en bon état général. Elle présente effectivement un important agrandissement de la thyroïde avec nodules. Elle présente également des cicatrices de brûlures sur le tronc et le haut de l'abdomen. Elle présente un status variqueux bilatéral des membres inférieurs. L'auscultation cardio-pulmonaire est normale, la palpation abdominale également. Au status ostéoarticulaire, on note de discrets troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire est diminuée. On ne note cependant aucun signe de non organicité selon Waddell chez une assurée par ailleurs sobre dans ses plaintes. La mobilité cervicale est bien conservée, mis à part la flexion cervicale qui est légèrement limitée. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée, notamment celle des épaules et des hanches. Les épreuves de périarthrite scapulo-humérale sont négatives ddc. Il n'y a par ailleurs pas de signes pour une arthropathie inflammatoire périphérique. On ne note des douleurs à la palpation que d'un seul point typique de la fibromyalgie sur 18, ce nombre étant bien évidemment insuffisant pour poser ce diagnostic. Au status neurologique, on note une atrophie du membre inférieur D avec une différence de périmètre entre 1,5 cm et 2 cm par rapport au membre inférieur G. Le reste du status neurologique est normal. Les examens radiologiques à notre disposition confirment la présence de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec rétrolisthésis de L3/L4 et de L4/L5 instable en pré-opératoire. Il existe également des séquelles de maladie de Scheuermann et une IRM lombaire d'avril 2009 en pré-opératoire a mis en évidence une hernie discale médiane et paramédiane D L5-S1, sans nette image de conflit radiculaire. Les examens radiologiques en post-opératoire mettent en évidence un status après hémilaminectomie, nucléotomie et arthrectomie partielle pour cure de hernie discale L5- S1 D satisfaisant. Les derniers clichés fonctionnels ne mettent en évidence qu'un rétrolisthésis L4/L5 stable au fonctionnel. Il faut noter encore la présence d'une discrète coxarthrose débutante bilatérale. Dans ce contexte clinique, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles qui ne sont pas respectées dans l'activité de chef de rayon à la boulangerie de la Société coopérative X.\_\_\_\_\_ ou de responsable du kiosque de la Société coopérative X.\_\_\_\_\_. Ainsi, dans ces activités, la capacité de travail est nulle. Par contre dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, il n'y a

- 11 - aucune raison bio-mécanique à attester une incapacité de travail contrairement au certificat du Dr T.\_\_\_\_\_ qui atteste une incapacité de travail de 50% dans toute activité professionnelle. Limitations fonctionnelles Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2 fois par heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. Pas de port régulier de charges d'un poids excédant 8 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Pas d'exposition à des vibrations. Membres inférieurs : pas de genuflexions répétées. Pas de franchissement régulier d'escabeaux, échelles ou escaliers. Pas de marche en terrain irrégulier. Pas de position debout ou de marche supérieure à 1 heure. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? Depuis le 19.03.2009. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? L'incapacité de travail a été de 50% le 19.03. Du 20.03 au 18.10.2009, l'incapacité de travail a été complète. Depuis le 19.10.2009, l'incapacité de travail a été de 50% jusqu'à la fin avril 2010. Depuis la fin avril 2010, l'incapacité de travail est complète dans l'activité

habituelle de chef de rayon à la Société coopérative X. \_\_\_\_\_ ou de responsable du kiosque à la Société coopérative X. \_\_\_\_\_. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est complète depuis le 19.10.2009, soit 5 mois après l'intervention chirurgicale. CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 0% COMME CHEF DE RAYON EN BOULANGERIE ET COMME RESPONSABLE DU KIOSQUE À LA SOCIÉTÉ COOPÉRATIVE X. \_\_\_\_\_. DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100% DEPUIS LE : 19.10.2009. A TRADUIRE EN TERMES DE MÉTIER PAR UN SPÉCIALISTE EN RÉADAPTATION." Dans un rapport SMR du 24 novembre 2010, le Dr C. \_\_\_\_\_ a conclu que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle mais totale depuis le 19 octobre 2009 dans une activité adaptée. Comme limitations fonctionnelles, ce médecin a retenu les travaux ne permettant pas d'alterner la position assise ou debout 2 fois par heure, le soulèvement de charges de plus de 5 kg, le port régulier de

- 12 - charges de plus de 8 kg, le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc et l'exposition aux vibrations. Il a en outre considéré ce qui suit à la seconde page de son rapport: "Assurée divorcée, mère de deux filles adultes, dont une infirme IMC, celle-ci passe ses journées dans une structure adaptée et rentre le soir. Cette assurée a exercée de nombreuses activités, la dernière comme responsable du rayon boulangerie à la Société coopérative X. \_\_\_\_\_. Elle souffre depuis des années de dorso-lombalgies. Elle a subi une intervention pour hernie discale L5-S1 en mai 2009, avec un résultat moyennement positif, mais sans récupération de la pleine capacité de travail. Compte tenu du fait que nous avons de la peine à obtenir des renseignements permettant de conclure, un examen rhumatologique SMR a été fait le 19.10.2010. A noter qu'après-coup nous apprenons qu'une expertise rhumatologique a été faite le 27.09.2010 chez le Dr P. \_\_\_\_\_ à la demande de l'[assurance] [...]. Cet examen au SMR conclut aux capacités de travail mentionnées en première page. L'expert P. \_\_\_\_\_ a estimé que le travail de responsable du rayon boulangerie était encore exigible à 50%, en décrivant des limitations fonctionnelles moins contraignantes que le médecin SMR. En lisant le descriptif fait par le Dr P. \_\_\_\_\_ du dernier travail exercé par l'assurée, je constate que ce travail n'est pas compatible avec les limitations fonctionnelles qu'il a retenues. Je propose dès lors d'admettre les limitations fonctionnelles retenues par le médecin examinateur du SMR et de conclure à une incapacité de travail totale dans la dernière activité. Par contre la pleine capacité de travail dans une activité adaptée n'est pas contestée." Il ressort de la proposition du 18 mai 2011 du conseiller B. \_\_\_\_\_ que des emplois tels que vendeuse en bijouterie, courtepointière et couturière seraient accessibles à l'assurée, de même qu'avec une aide au placement les métiers d'ouvrière au contrôle qualité, opératrice sur machine automatique (cosmétique pharma ou industrie électronique), vente de matériel technique (téléphonie ou électronique de loisir).

- 13 - Par projet de décision du 9 août 2011 adressé à l'assurée, l'OAI a informé cette dernière de son intention de ne pas lui octroyer les prestations AI demandées tout en lui octroyant une aide au placement. Par décision du 28 septembre 2011, l'OAI a confirmé son projet du 9 août 2011 en ces termes : "Résultat de nos constatations : Par votre demande du 6 novembre 2009 vous avez sollicité des prestations de notre assurance. Suite aux investigations médicales qui ont été entreprises, il ressort qu'en raison de vos problèmes de santé vous avez subi des incapacités de travail depuis le 19 mars 2009 à 50%, du 20 mars au

27 septembre 2009 à 100% et à 50% depuis le 19 octobre 2009. Selon les renseignements en notre possession, votre ancien emploi de responsable de rayon n'est plus exigible. Toutefois dans une activité adaptée qui tienne compte de vos limitations fonctionnelles (travaux ne permettant pas d'alterner la position assise et debout 2 fois par heure, soulèvement régulier de charges de plus de 5 kg, port régulier de charges de plus de 8 kg, travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, exposition aux vibrations) la capacité de travail exigible est entière. Tel serait le cas dans une activité de vendeuse en bijouterie, activité légère et debout-assis, courtepointière et couturière. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3blaa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale. En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2008, CHF 4'116.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, TA niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'290.93 (CHF 4'116.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 51'491.16. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2009 et de 2009 à 2010 (+ 2.10% et 0.80% ; La Vie

- 14 - économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 52'993.05 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a). Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc). Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié. Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 47'693.75. Sans vos problèmes de santé, si vous aviez pu poursuivre votre ancienne activité, vous pourriez prétendre à un revenu annuel brut de Sfr 56'434.-. Comparaison des revenus sans invalidité CHF 56'434.00 avec invalidité CHF 47'693.00 La perte de gain s'élève à CHF 08'741.00 = un degré d'invalidité de 15% Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité. Notre décision est par conséquent la suivante : La demande est rejetée." B. Par acte du 27 octobre 2011, Q.\_\_\_\_\_ a interjeté recours contre cette décision en concluant implicitement à l'octroi d'une rente. Elle a indiqué en substance que suite à son opération du 11 mai 2009, elle avait repris le travail à 50% mais que son employeur n'avait pas respecté ses limitations fonctionnelles (alternance de positions), que suite à cela ses douleurs avaient été constantes nécessitant la prise quotidienne d'anti-douleurs et d'anti-inflammatoires, hors infiltrations, et que ces douleurs se manifestaient même en dormant. Elle a précisé en outre avoir accepté en juin 2011 de faire un stage de trois semaines à 50% mais que tout de suite les douleurs étaient devenues plus fortes, ce qui

démontrait, à son avis, l'existence d'une incapacité de travail.

- 15 - Par réponse du 18 janvier 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours. Par réplique reçue par la Cour de céans le 13 février 2012, la recourante a souligné que depuis son opération en 2009, les douleurs continuaient à être insupportables et qu'elle n'avait jamais arrêté les traitements et la prise de plusieurs médicaments. Elle a indiqué également que ses douleurs ayant tendance à augmenter, le Dr T. \_\_\_\_\_ lui avait conseillé de consulter le Dr G. \_\_\_\_\_ et que d'après une IRM, sa colonne vertébrale avait été très fragilisée suite à son opération, qu'une hernie discale était à nouveau apparue et que son arthrose était en constante augmentation. Elle a produit un rapport du 18 janvier 2012, établi par le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, à la suite d'une IRM lombaire effectuée le 17 janvier 2012. Ce praticien conclut, par rapport à l'examen du 6 avril 2009, à une discrète péjoration des troubles dégénératifs multi-étagés de la colonne lombaire plus marqués au niveau L5-S1, à l'apparition d'une hernie discale médiane au niveau L1-L2 et d'une protrusion discale circonferentielle au niveau L2-L3 sans conflit disco-radiculaire. Il indique en outre une nette diminution de la taille de la hernie discale médiane L4-L5 et paramédiane droite L5-S1, le reste étant superposable. Par duplique du 6 mars 2012, l'OAI a requis l'interpellation du Dr G. \_\_\_\_\_. Il a produit à l'appui de son écriture un avis médical du 23 février 2012 des Drs J. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_ du SMR, selon lesquels au vu du rapport du 18 janvier 2012, une aggravation de l'état de santé de la recourante ne pouvait être exclue. Interpellé par courrier de la juge instructeur du 15 mai 2012, le Dr G. \_\_\_\_\_ a répondu en ces termes, par l'intermédiaire du Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et en médecine intensive, au questionnaire qui lui avait été soumis, questionnaire reçu par la Cour de céans le 29 juin 2012 :

- 16 - "1. Depuis quand êtes-vous consulté ? 1/ 2.2.2012 2. Quelle est l'anamnèse de la recourante ? 3. Quelles sont les plaintes de la recourante ? 2/3/ Lombosciatalgies D, activités et positions dépendantes sur un status post hémilaminectomie L5 D 2009. 4. Quels sont les diagnostics que vous avez posés et depuis quelle date ? 4/ "Failed Back Surgery Syndrom" et pseudosciatalgies D sur probable status cicatriciel. 5. Quel est son status détaillé ? 5/ Syndrome lombovertébral modéré, syndrome radiculaire déficitaire (hyporéflexie achilléenne D). IRM L : discopathie pluri-étagée, H discale L1-L2 (sans conflit radiculaire). Status cicatriciel L5-S1 D. 6. Quelle est l'évolution de l'état de santé de la recourante ? 6/ Lombalgies et sciatalgies D chroniques (pas de recul...) 7. Quelles sont les limitations fonctionnelles de la recourante ? 7/ Port de charge > 5-10 kg Travail en porte-à-faux Flexion antérieure [du] tronc Mouvements dissociés bassin-épaules Position statiques > à 1h (assise ou debout) Il faut privilégier [les] positions alternées. 8. Quelle est l'évolution de la capacité de travail de celle-ci dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ? Depuis quand et pour quels motifs en termes de limitations fonctionnelles ? 8/ Difficile à répondre à cette question, un stage d'évaluation AI me paraît nécessaire." Dans ses déterminations du 24 juillet 2012, l'OAI a estimé que ce rapport ne permettait pas de conclure à une aggravation de l'état de santé de la recourante.

- 17 - A l'appui de ses conclusions, il a produit un avis médical établi par le Dr S. \_\_\_\_\_, médecin au SMR, le 10 juillet 2012 qui a la teneur suivante : "Le Dr W. \_\_\_\_\_, consulté le 2.2.2012, fait état de lombosciatalgies droites mécaniques dans le cadre d'un status après hémilaminectomie L5 droite en 2009. Il pose le diagnostic de "failed back surgery syndrom" et [de] pseudosciatalgies droites sur un probable status cicatriciel. Cliniquement,

il existe un syndrome lombovertébral modéré et un syndrome radiculaire déficitaire se manifestant par une hyporéflexie achilléenne. Cette atteinte entraîne les limitations fonctionnelles habituelles. Le Dr W. \_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur la capacité de travail. Discussion : ce tableau ne correspond pas à la hernie discale L1-2 qui est une trouvaille radiologique fortuite et asymptomatique. L'hyporéflexie achilléenne n'est pas décrite en 2010. Sa présence en 2012 n'est pas synonyme d'une aggravation significative. En l'absence de déficit moteur, l'hyporéflexie n'a effectivement aucune conséquence sur la fonction du membre inférieur. Au vu de ce qui précède, il n'y a pas d'aggravation significative de l'état de santé. Nous pouvons légitimement maintenir notre position." Par courrier du 1er octobre 2012, la recourante a indiqué en substance que son état de santé s'était bien aggravé depuis son opération en mai 2009 et qu'elle devait ingérer de fortes doses de puissants médicaments dans la mesure où ce n'était pas avec un "simple Dafalgan" que ses douleurs étaient soulagées. 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, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux

- 18 - peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 2008 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA), le recours satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme. 2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). 3. En l'occurrence, le litige porte sur la question de savoir si l'OAI était fondé à refuser l'octroi d'une rente d'invalidité à la recourante. 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

- 19 - 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme

toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. 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. b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, sur des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). 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, 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1). Lorsque sont présentes simultanément des atteintes sur les plans somatiques et psychiques, le taux d'incapacité de travail ne résulte pas de la simple addition ou de la moyenne de deux taux d'incapacité de travail (d'origine somatique et psychique), mais procède bien plutôt d'une évaluation globale (Meine, L'expert et l'expertise –

- 20 - critères de validité de l'expertise médicale, in : L'expertise médicale, Genève 2002, pp. 23 ss ; Paychère, Le juge et l'expert – plaidoyer pour une meilleure compréhension, in : L'expertise médicale, Genève 2002, p. 147 ; TF 9C\_460/2010 du 16 décembre 2010, consid. 2.1, 9C\_87/2008 du 9 octobre 2008, consid. 3 ; TFA I 131/2003 du 22 mars 2004, consid. 2.3). 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, 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. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En outre, en matière d'assurances sociales, s'agissant de l'appréciation des renseignements d'ordre médical, la jurisprudence fédérale attache une présomption d'objectivité aux expertises ordonnées pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances sociales ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par les experts et/ou substituer son avis à celui exprimé par ces spécialistes dont c'est précisément le rôle de mettre leurs connaissances particulières au service de la justice

pour qualifier un état de fait déterminé (VSI 2000 p. 152 et les références citées).

- 21 - Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent toutefois être admises avec réserve pour tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008 ; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C\_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2). 4. En l'espèce, l'expert P.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 27 septembre 2010 a posé les diagnostics de lombo-pseudo-sciatalgies droites et de status après cure de hernie discale L5-S1 le 11 mai 2009. Après avoir constaté que l'examen clinique était pour le moins rassurant sans limitations fonctionnelles majeures tant du squelette axial que périphérique avec une mobilité troncuaire relativement conservée, sans syndrome irritatif ni neurodéficitaire des membres, il a conclu à une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle de la recourante et entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de celle-ci (activité légère, excluant les ports de charge au-delà de 10kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et autorisant l'alternance de la position assise et debout toutes les deux heures). Le Dr F.\_\_\_\_\_ (rapport du 11 novembre 2010), diagnostique également des dorsalgies et lombocruralgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après cure de hernie discale. Il pose en outre les diagnostics de rétrolisthésis discrets de L3/L4 et de L4/L5 ainsi qu'une discrète coxarthrose débutante bilatérale. Contrairement au Dr P.\_\_\_\_\_, il estime que la capacité de travail est nulle dans l'activité de chef de rayon de boulangerie à la Société coopérative X.\_\_\_\_\_ compte tenu des limitations fonctionnelles qu'il retient et qui sont plus étendues que celles mentionnées par le Dr P.\_\_\_\_\_, à savoir nécessité de pouvoir

- 22 - alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc ou d'exposition à des vibrations. S'agissant des membres inférieurs il relève qu'il ne faut pas de genuflexions répétées, de franchissement régulier d'escabeaux, d'échelles ou escaliers, ni de marche en terrain irrégulier de position debout ou de marche supérieure à une heure. En revanche, il rejoint l'appréciation du Dr P.\_\_\_\_\_ quant à une capacité de travail entière dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, expliquant que dans une telle activité il n'y a aucune raison bio-mécanique à attester une incapacité de travail. Le Dr K.\_\_\_\_\_ (lettre du 23 décembre 2009), estime certes la capacité de travail à 50% mais sans autres explications. On ignore en outre si cette appréciation porte sur l'activité habituelle de la recourante ou également sur une activité adaptée. Le Dr T.\_\_\_\_\_ (rapport du 31 août 2010) retient également une capacité de travail de 50% dans toute activité. Il ne motive toutefois pas cette appréciation, se limitant à évoquer les douleurs dont la recourante lui a fait part. Il ne mentionne pas non plus quelles sont les limitations fonctionnelles. Insuffisamment documentés, les rapports des Drs T.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ ne sauraient dès lors être suivis. Quant au Dr W.\_\_\_\_\_ (rapport du 29 juin 2012), il mentionne les diagnostics de Failed Back Surgery Syndrom et de pseudosciatalgies droites sur un probable status cicatriciel. Le Dr S.\_\_\_\_\_ relève que ce

tableau ne correspond pas à la hernie discale L1- L2, laquelle est une trouvaille radiologique fortuite et asymptomatique. Il ajoute que l'hyporéflexie achilléenne évoquée par le Dr W. \_\_\_\_\_ n'est certes pas décrite en 2010 mais qu'en l'absence de déficit moteur, elle n'a aucune conséquence sur la fonction du membre inférieur. A cela s'ajoute que le Dr W. \_\_\_\_\_ ne décrit pas de limitations fonctionnelles différentes de celles retenues par le Dr F. \_\_\_\_\_. Enfin, il ne se prononce pas sur la capacité de travail de la recourante. Le rapport médical du Dr W. \_\_\_\_\_ n'établit ainsi pas une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis 2010.

- 23 - Le rapport médical du Dr F. \_\_\_\_\_ comprend une anamnèse, fait état des plaintes de la recourante et procède d'un examen approfondi de son cas sur la base du dossier et de l'examen clinique pratiqué. Exempt de contradictions, ce rapport, dont les conclusions sont claires et bien motivées, n'est mis en doute par aucun autre avis médical. Il a ainsi valeur probante. Il y a dès lors lieu de retenir que depuis le 19 octobre 2009, la capacité de travail de la recourante est entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles telles que retenues par le Dr F. \_\_\_\_\_. Selon le conseiller B. \_\_\_\_\_, diverses professions peuvent être pratiquées par la recourante, telles vendeuse en bijouterie, ouvrière au contrôle qualité, opératrice sur machine automatique (cosmétique, pharma ou industrie électronique) par exemple. Selon le calcul effectué par l'OAI, qui n'est pas critiqué par la recourante, le taux d'invalidité s'élève à 15%. Le droit à la rente n'est ainsi pas ouvert. 5. a) Au vu de ce qui précède, le recours s'avère mal fondé et doit être rejeté ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. 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 être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

- 24 - 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 28 septembre 2011 par Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cent francs), sont mis à la charge de Q. \_\_\_\_\_. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Q. \_\_\_\_\_, - 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

- 25 - Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).  
Le greffier :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.