

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 janvier 2020

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Oppikofer, assesseur  
Greffière : Mme Laurency

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**T.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Christophe Misteli, avocat  
à Vevey,

et

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

---

**Art. 16 LPGA et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** T.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1964, a travaillé en qualité de caissière auprès de la [...] à 100 %. Elle a été en incapacité de travail totale dès le 30 mars 2016 pour des douleurs cervicales, puis a repris le travail à 50 % à partir du 15 mai 2016.

L'assurée a déposé une demande auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 30 août 2016, invoquant une hernie cervicale C5-C6 et C6-C7, une uncarthrose, ainsi qu'un début de myélopathie.

Selon un rapport du 4 novembre 2016, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a posé les diagnostics de cervicalgies (blocs facettaires C6-C7 gauche et C5-C6 bilatéraux le 9 mai 2016) et d'uncarthrose C5-C6 et C6-C7 (discectomies C5-C6 et C6-C7 par voie antérieure ; stabilisation dynamique avec implants le 6 octobre 2016). Les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes : position assise continue limitée à une heure, position debout statique limitée à deux heures, changements de position fréquents souhaitables, flexions et extensions de la nuque répétées à éviter. L'incapacité de travail était totale et le Dr B.\_\_\_\_\_ a estimé qu'il était trop tôt pour se prononcer sur la capacité de travail à long terme.

A teneur d'un rapport du 13 février 2017 du Dr D.\_\_\_\_\_, médecin praticien et traitant, l'assurée souffrait de cervicalgies chroniques C5-C6 et C6-C7 depuis 1992, de cervicobrachialgies droites et de lombalgie chronique avec lombosciatique aiguë. Elle était en incapacité de travail totale depuis le 20 septembre 2016 jusqu'au 6 octobre suivant, date de l'opération qu'elle avait subie (prothèse discale). Du point de vue médical, l'activité exercée n'était plus exigible. L'assurée n'arrivait pas à travailler plus de quatre à cinq heures par jour, tout en aménageant les changements de position. Une activité adaptée permettant des changements de position était exigible cinq heures par jour dès le 1<sup>er</sup>

janvier 2017. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a listé les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activités uniquement en position assise, ni debout, pas d'activités accroupi ou à genoux, ne pas se pencher, ni travailler avec les bras au-dessus de la tête, ne pas soulever ou porter, ni monter sur une échelle ou un échafaudage. La résistance était également limitée.

L'assurée a repris le travail à 30 % dès le 1<sup>er</sup> février 2017, puis à 50 % dès le 1<sup>er</sup> mars 2017. Sa capacité de travail était de nouveau de 30 % dès le 5 mai 2017.

D'après un rapport du 4 avril 2017, le Dr B.\_\_\_\_\_ a retenu une capacité de travail de 50 %, qui pouvait atteindre 75 % dans une activité adaptée dans un délai de six mois. Les limitations fonctionnelles étaient le port de charge (limité à 10 kg), la position assise continue (limitée à une heure) et la position debout statique (limitée à deux heures). Les changements de position fréquents étaient souhaitables et les flexions, ainsi que les extensions, de la nuque répétées à éviter. La concentration et la mémorisation étaient diminuées par la prise de médicaments ou la douleur.

Selon un rapport du 13 septembre 2017 du Centre F.\_\_\_\_\_ de [...] (ci-après : le Centre F.\_\_\_\_\_), le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics incapacitants de statut post-discectomie C5-C6, C6-C7 et mise en place d'une prothèse discale à ces deux niveaux. Sous la rubrique « Autre(s) diagnostic(s) », ce médecin a mentionné la fibromyalgie. Il a indiqué les limitations fonctionnelles qui suivent : pas de position statique prolongée de la nuque, pas de position statique prolongée, mais possibilité de changer fréquemment de position assise et debout, pas de port régulier de charges de plus de 6 kg, pas de cadence obligatoire (travail à la chaîne), pas de travail en hauteur. La capacité de travail était de 30 %, mais le poste de caissière ne semblait pas adapté aux limitations fonctionnelles selon le Dr S.\_\_\_\_\_. L'arrêt de travail dans l'activité de caissière était donc justifié. La capacité de travail était complète dans un emploi respectant les limitations fonctionnelles.

Dans un rapport du 12 décembre 2017, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et rhumatologue traitant, a retenu les diagnostics de cervicalgie résiduelle sur tendomyoses paravertébrales cervicales, de status post-chirurgie de la colonne cervicale pour mise en place d'une prothèse discale aux niveaux C5-C6 et C6-C7 le 6 octobre 2016, d'état après cervicalgie sur discopathie C5-C6 et C6-C7, de douleur de la ceinture scapulaire sur tendomyoses des trapèzes et des sus-épineux, de sensibilité épicondylienne du coude droit, de tachycardie traitée par bêtabloquants et d'excès pondéral modéré. Des douleurs polyinsertionnelles de type fibromyalgique étaient présentes, mais celles-ci concernaient principalement la colonne cervicale et les membres supérieurs, ainsi que le bas du dos et la face interne des genoux. Le diagnostic de fibromyalgie ne paraissait cependant pas pertinent.

Le dossier a été soumis au Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), qui a conclu, dans son avis du 18 avril 2018, à la mise en place d'un examen rhumatologique au SMR. Il n'y avait pas de notion de maladie psychiatrique, ni d'antécédent de séjour en hôpital psychiatrique, de suivi psychiatrique ou de traitement psychotrope.

Il ressort du rapport d'examen clinique rhumatologique du SMR du 19 juin 2018 du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, ainsi qu'en médecine physique et réadaptation, les diagnostics incapacitants de cervicobrachialgies droites avec un déficit sensitif dans un contexte de status post-discectomies C5-C6 et C6-C7 pour uncarthrose, avec stabilisation dynamique. Le syndrome polyalgique diffus, sans substrat organique, n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail. Ce médecin a retenu les limitations fonctionnelles du rachis cervical suivantes : pas de travail prolongé de la nuque en extension, pas de rotations rapides, pas de travail prolongé les bras au-dessus de la tête, pas de mouvements répétés d'abduction-adduction des bras, pas de port de charges répété au-delà de 5 kg (charges très légères). Dans l'activité habituelle selon l'horaire actuel, la capacité de travail était de 30 %. Si l'horaire était adapté, cette capacité augmentait à 50 %. Dans une activité

adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail était de 75 % depuis le début du mois de mai 2017.

Par projet de décision du 30 juillet 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui octroyer une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars au 31 juillet 2017, puis un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> août 2017 (40,66 % de degré d'invalidité), l'assurée pouvant mettre sa capacité de travail en valeur dans un emploi tel qu'assistante de fabrication de l'alimentation.

L'assurée a contesté le projet par courrier du 11 septembre 2018. Elle a joint à son envoi un rapport de la même date du Dr D.\_\_\_\_\_. Ce dernier a discuté l'existence d'un poste de travail répondant mieux aux limitations fonctionnelles présentées par l'assurée que celui qu'elle occupait. Il a indiqué que durant le mois de mars et avril 2017, l'assurée avait essayé d'augmenter son taux d'activité, sans succès. Il en a conclu que même dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 30 %.

Selon un rapport du 20 septembre 2018, le Dr W.\_\_\_\_\_ a constaté un état globalement stationnaire. L'assurée se plaignait de la persistance de douleurs de la nuque associée à des douleurs scapulaires bilatérales. Elle maintenait le taux d'activité de 30 % en tant que caissière.

Aux termes d'un rapport du 3 octobre 2018, le Dr D.\_\_\_\_\_ a relevé une légère amélioration algique après l'opération du 6 octobre 2016. La symptomatologie fonctionnelle était toutefois restée incapacitante de manière importante. Il a maintenu que le taux d'activité de 30 % ne pouvait pas être dépassé au vu des symptômes algiques au niveau cervical, mais également dorsolombaire.

Après examen des nouveaux rapports, le SMR a constaté, dans son avis du 30 octobre 2018, qu'aucun signe clinique d'aggravation de l'état de santé de l'assurée n'était décrit. Les documents n'étaient donc pas de nature à modifier sa position.

Par décision du 12 novembre 2018, l'OAI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars au 31 juillet 2017, puis un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> août 2017, conformément à son projet du 30 juillet 2018.

Dans un second rapport du 11 septembre 2018, enregistré le 24 novembre 2018 à l'OAI, le Dr W. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic incapacitant de cervicalgie résiduelle sur tendomyoses paravertébrales cervicales. Le pronostic quant à une capacité de travail de 100 % dans l'activité de caissière était réservé, compte tenu de la persistance des douleurs de la colonne cervicale et des épaules, surtout de l'épaule droite. L'activité de caissière avait été adaptée et un autre travail paraissait difficile à envisager, l'assurée n'ayant pas de formation. Elle avait en outre travaillé pendant près de trente ans en qualité de caissière. Le Dr W. \_\_\_\_\_ a mentionné les limitations fonctionnelles suivantes :

« Limitation fonctionnelle : colonne cervicale. Pas de travail prolongé avec les bras au-dessus de la tête ; pas de rotation rapide de la nuque ; pas de position de la nuque prolongée en extension ; pas de mouvement répété en flexion-extension de la colonne cervicale ; pas d'attitude prolongée en porte-à-faux de la nuque et du dos ; pas de position debout statique au-delà de 30 minutes ; pas de port de charge répété au-delà de 5 kg. Membres supérieurs : pas de travaux de force ; pas d'exposition prolongée au froid [et] à l'humidité. »

**B.** Par acte du 13 décembre 2018, T. \_\_\_\_\_, sous la plume de son conseil, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à l'octroi d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> mars 2017, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En substance, elle a fait valoir qu'à la lecture des rapports médicaux au dossier, il existait des doutes suffisants pour ne pas suivre les conclusions du rapport d'examen clinique rhumatologique du SMR du 19 juin 2018. Elle a en outre contesté le caractère adapté de l'activité d'assistante de fabrication de l'alimentation retenue par l'OAI, la capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée, ainsi que le calcul du degré d'invalidité. L'assurée a requis la mise en œuvre d'une expertise.

Dans sa réponse du 14 février 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il relevé que le rapport du 19 juin 2018 du Dr G. \_\_\_\_\_ était complet. Ce médecin avait notamment expliqué sa divergence d'opinion avec le Dr D. \_\_\_\_\_. Ses conclusions pouvaient donc être suivies. S'agissant du calcul du degré d'invalidité, l'OAI a confirmé la décision litigieuse.

Par réplique du 25 avril 2019, respectivement duplique du 28 mai 2019, les parties ont réitéré leurs arguments.

### **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 ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier sur la question du taux de la rente.

**3. a)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il 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, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % 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 évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGa).

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**c)** Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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 (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa).

**d)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur 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 plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**4. a)** En l'espèce, on constate que la recourante souffre d'une cervicobrachialgie droite avec un statut post-discectomies C5-C6 et C6-C7 (notamment rapports des 4 novembre 2016 du Dr B.\_\_\_\_ ; du 13 février 2017 du Dr D.\_\_\_\_ ; du 13 septembre 2017 du Dr S.\_\_\_\_ ; du 12 décembre 2017 du Dr W.\_\_\_\_ ; du 19 juin 2018 du Dr G.\_\_\_\_). S'agissant de la fibromyalgie et du syndrome polyalgique diffus diagnostiqués par certains médecins, ils ne sont pas incapacitants (rapports du 13 septembre 2017 du Dr S.\_\_\_\_ ; du 12 décembre 2017 du Dr W.\_\_\_\_ ; du 19 juin 2018 du Dr G.\_\_\_\_).

**b)** La recourante conteste l'appréciation du Dr G.\_\_\_\_ sur laquelle la décision litigieuse se fonde et se réfère à cet égard à différents rapports des Drs D.\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_, concernant notamment la capacité de travail dans une activité adaptée.

**aa)** On relève en premier lieu que l'appréciation du Dr G.\_\_\_\_\_ a été faite après un examen clinique du 5 juin 2018 et une connaissance complète du dossier de la recourante. Elle tient compte des plaintes de la recourante (p. 4 du rapport du 19 juin 2018) et ses conclusions sont motivées. Le Dr G.\_\_\_\_\_ discute en outre les motifs pour lesquels il s'écarte sur certains points des autres avis médicaux. En particulier, il relève que le diagnostic de fibromyalgie mentionné par le Dr S.\_\_\_\_\_ ne peut pas être suivi dès lors que ce médecin ne s'est pas fondé sur les nouveaux critères de 2016 pour poser le diagnostic en question. La recourante n'ayant pas de rhumatisme inflammatoire ou de troubles dégénératifs notoires sur les articulations périphériques concernés par les douleurs, le Dr G.\_\_\_\_\_ préfère parler d'un syndrome polyalgique diffus, sans substrat organique (p. 8 du rapport précité). Ce diagnostic ne permet cependant pas de retenir de limitations fonctionnelles, ni de diminution de la capacité de travail (p. 10). Le Dr G.\_\_\_\_\_ expose également qu'il ne partage pas l'avis du Dr W.\_\_\_\_\_ sur le discret rehaussement interépineux en C4-C5 et C5-C6 pouvant expliquer en partie les douleurs segmentaires en raison de la composante polyalgique diffuse (p. 9). Le Dr G.\_\_\_\_\_ s'est aussi fondé sur les investigations complémentaires postopératoires du Dr W.\_\_\_\_\_ pour écarter la présence d'un rhumatisme inflammatoire (p. 10). L'appréciation 19 juin 2018 du Dr G.\_\_\_\_\_, motivée, a dès lors pleine valeur probante.

**bb)** Les rapports des 11 et 20 septembre, ainsi que du 3 octobre 2018 des Drs D.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_, postérieurs à l'examen rhumatologique du SMR, ont été soumis au SMR. Comme exposé dans l'avis du 30 octobre 2018, ces médecins ne mettent en évidence aucun signe clinique d'aggravation de l'état de santé de la recourante. Le Dr W.\_\_\_\_\_ note un état stationnaire dans son rapport du 20 septembre 2018. Quant au Dr D.\_\_\_\_\_, il relève une légère amélioration de la symptomatologie algique après l'opération du 6 octobre 2016, la symptomatologie fonctionnelle étant toutefois restée incapacitante (rapport du 3 octobre 2018). On relève en outre que ces avis médicaux

ultérieurs ne sont pas suffisamment étayés et n'exposent en particulier pas en quoi une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites par le Dr G.\_\_\_\_\_ ne pourraient pas être exercées à 75 %.

**cc)** Pour ce qui est des limitations fonctionnelles, les médecins traitants ne contestent pas celles retenues par le Dr G.\_\_\_\_\_ (pas de travail prolongé la nuque en extension, pas de rotations rapides, pas de travail prolongé les bras au-dessus de la tête, pas de mouvements répétés d'abduction-adduction des bras, pas de port de charges répété au-delà de 5 kg (charges très légères). Le Dr W.\_\_\_\_\_ ajoute, dans son rapport du 20 septembre 2018 (chiffre 3.4), les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'attitude prolongée en porte-à-faux de la nuque et du dos, pas de position debout statique au-delà de 30 minutes, pas de travaux de force, ni d'exposition prolongée au froid et à l'humidité pour les membres supérieurs. Il n'explique cependant pas les raisons justifiant de retenir ces limitations additionnelles. De plus, les autres médecins consultés ne font pas état de ces restrictions supplémentaires, à l'exception de la position debout statique aussi mentionnée par les Drs B.\_\_\_\_\_, D.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_. Cela étant et dès lors que seule la cervicobrachialgie est incapacitante, il est correct de fixer les limitations fonctionnelles compte tenu de la problématique cervicale uniquement. On ne saurait dès lors tenir compte des limitations fonctionnelles additionnelles indiquées par le Dr W.\_\_\_\_\_, ni celles énumérées par le Dr D.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 13 février 2017.

**dd)** S'agissant de l'activité habituelle de caissière, le Dr S.\_\_\_\_\_ a déjà relevé dans son rapport du 13 septembre 2017 qu'elle n'était pas adaptée (« Il n'est pas sûr que le poste soit adapté aux limitations fonctionnelles que l'on peut raisonnablement retenir chez une expertisée porteuse de deux prothèses discales cervicales »). Le Dr B.\_\_\_\_\_ estimait également que la capacité de travail pouvait être augmentée dans une activité adaptée (rapport du 4 avril 2017). Le Dr D.\_\_\_\_\_ considère pour sa part qu'il est peu probable de pouvoir trouver un poste de travail répondant mieux aux limitations rencontrées par la recourante (rapport du 11 septembre 2018). Il n'explicite néanmoins

pas les raisons pour lesquelles il aboutit à cette conclusion. Dans son rapport du 3 octobre 2018, ce médecin ne se prononce plus sur la question de l'activité adaptée. Le Dr W.\_\_\_\_\_ ne le fait pas non plus (rapport du 20 septembre 2018). En présence de limitations fonctionnelles incapacitantes, on doit envisager une activité adaptée et les considérations non médicales, telles que l'ancienneté auprès de l'employeur actuel ou l'absence de formation (évoquées par le Dr W.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 20 septembre 2018), ne peuvent pas entrer en considération pour déterminer l'activité adaptée. Dans ces circonstances, rien ne permet de nier l'existence d'une activité plus adaptée que celle de caissière.

**ee)** A partir du 1<sup>er</sup> mars 2017, la recourante a travaillé à 50 % dans son activité habituelle. Le Dr B.\_\_\_\_\_ confirme cette capacité de travail dans son rapport du 4 avril 2017. Dès le mois de mai 2017, le Dr G.\_\_\_\_\_ indique que la capacité de travail de la recourante est de 75 % dans une activité adaptée (p. 10 du rapport du 19 juin 2018). Le Dr B.\_\_\_\_\_ a retenu ce même taux dans son rapport du 4 avril 2017. On relève que le Dr S.\_\_\_\_\_ mentionne quant à lui une capacité de travail complète dans une activité adaptée (rapport du 13 septembre 2017). Les médecins traitants de la recourante ne se prononcent pas sur cette question et n'exposent pas en quoi un taux de 75 % serait trop élevé dans une activité adaptée. Compte tenu du devoir de la recourante de limiter le préjudice et de la capacité de travail supérieur dans une activité adaptée, il y a lieu de prendre en considération cette dernière activité pour déterminer le taux d'invalidité. Pour ce qui concerne l'échec de la tentative d'augmenter le taux d'activité dans l'activité habituelle, celui-ci n'est pas relevant puisqu'il s'agit d'évaluer la situation dans l'exercice d'une activité adaptée.

**c)** Au vu de ce qui précède, les rapports dont se prévaut la recourante n'apportent pas d'éléments objectifs permettant de remettre en cause l'appréciation du SMR. Partant, sa capacité de travail était de 50 % à partir du 1<sup>er</sup> mars 2017 dans son activité habituelle et de 75 % dès le mois de mai 2017 dans une activité adaptée.

**5. a)** Sur le plan économique, l'intimé a retenu que la recourante avait la possibilité de trouver un emploi à 75 % dans une activité telle qu'assistante de fabrication de l'alimentation. La recourante soutient que son âge, son parcours professionnel et ses limitations fonctionnelles rendent illusoire l'exercice d'une activité adaptée.

**b)** Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner le point de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, 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. S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C\_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 et les références).

**c)** En l'occurrence, il convient d'admettre que le marché du travail offre un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations de la recourante et accessibles sans aucune formation particulière, l'exemple donné par l'intimé n'étant pas exhaustif. A cet égard, la recourante n'établit pas de manière convaincante en quoi des activités simples ne seraient pas exigibles au regard des limitations retenues. On rappellera au demeurant qu'il n'y a pas lieu, dans ce contexte, d'examiner dans quelle mesure la

situation concrète du marché du travail permettrait à la recourante de retrouver un emploi (TF 9C\_31/2010 du 28 septembre 2010 consid. 4.3).

**6.** Cela étant constaté, il y a lieu de déterminer le degré d'invalidité de la recourante, celle-ci soutenant notamment que le taux d'abattement retenu par l'intimé n'est pas suffisant.

**a)** 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, le titre 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 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

**b)** L'intimé retient un abattement de 10 % pour les limitations fonctionnelles, les années de service et le taux d'occupation, alors que la recourante fait valoir un abattement de 25 %. On doit admettre *in casu* que les limitations fonctionnelles que présente la recourante peuvent avoir une incidence sur l'exercice des activités simples et légères qui restent exigibles de sa part. En effet, même si un certain nombre d'entre elles ne requièrent pas de travail prolongé la nuque en extension, de rotations rapides, ni de travail prolongé les bras au-dessus de la tête, de mouvements répétés d'abduction-adduction des bras ni de port de lourdes, l'aménagement des horaires pourrait représenter une difficulté pour obtenir un emploi fixe au taux requis, entraînant un désavantage salarial si la recourante doit accepter plusieurs petits emplois pour remplir son taux d'activité. Comme l'a retenu l'intimé, les années de service auprès du même employeur et le taux d'occupation représentent aussi des empêchements propres à limiter les perspectives. Compte tenu de ces divers facteurs, un abattement de 15 % se justifie.

**c)** Dès lors que la recourante ne conteste pas le montant de 58'461 fr. retenu à titre de revenu sans invalidité, il n'y a pas lieu de s'en écarter. Pour arrêter le montant du revenu d'invalidité, l'intimé s'est fondé

sur le salaire de référence d'un assistant de fabrication de l'alimentation en 2014 (ESS 2014, TA 17, secteur 94 Assistant(e)s de fabrication de l'alimentation : 4'035 fr. sur 40 heures hebdomadaires), ce que la recourante ne critique pas. En tenant compte de 41,7 heures de travail hebdomadaires dans les entreprises en 2014, de l'indexation à l'année 2017 (2015 : 0,5 % ; 2016 : 0,8 % ; 2017 : 0,4 %), année déterminante pour la comparaison des revenus (art. 28 al. 1 LAI et consid. 3 *supra*), et d'un taux d'activité de 75 %, ce montant s'élève à 38'505 fr. 47 ( $4'035 : 40 \times 41,7 \times 12 = 50'477,85$ , indexés à 2017, soit 51'340,63, dont 75 % = 38'505,47). Même si l'on admet un abattement de 15 %, le revenu après invalidité est de 32'729 fr. 65 ( $38'505,47 - [38'505,47 \times 0,15]$ ), ce qui correspond à un degré d'invalidité de 44,01 % ( $[58'461 - 32'729,635] / 58'461$ ), inférieur au 50 % ouvrant le droit à une demi-rente de l'assurance-invalidité (art. 28 al. 2 LAI et consid. 3a *supra*).

**7.** Il n'y a pas lieu de procéder à la mesure d'instruction requise par la recourante, dès lors que la mise en œuvre d'une expertise ne modifierait pas, selon toute vraisemblance, l'appréciation qui précède (appréciation anticipée des preuves ; ATF 141 I 60 consid. 3.3).

**8. a)** Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 12 novembre 2018 confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation 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 première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,**

**la Cour des assurances sociales**  
**prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 12 novembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni 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 Christophe Misteli (pour T. \_\_\_\_\_),
- 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 :