

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 août 2016

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Thalmann et Röthenbacher, juges
Greffière : Mme Blanc

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourante, représentée par Me Corinne Monnard
Séchaud, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 16 LPGA ; 28 al. 1, 28a LAI

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mariée, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité de vendeuse obtenu en 1976. Elle a notamment exercé cette profession, depuis le 5 avril 1993, auprès de l'entreprise C._____.

Le 17 août 2011, elle a adressé une demande de prestation à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison d'une arthrose des hanches (prothèse à la hanche droite posée en 2008), d'une sciatique à droite, d'une bursite de l'épaule gauche, de douleurs nocturnes dans les mains, les pieds, la hanche gauche, ainsi que de douleurs dorsales, aux pouces et à l'épaule droite. Ces atteintes existaient depuis 2008. L'assurée a en outre été victime d'une chute sur son lieu de travail le 21 avril 2009.

Le Dr V._____ a posé à l'époque le diagnostic de contusions cervico-dorsale, de l'épaule et du coude gauche, et a prescrit un traitement antalgique. Il a attesté une incapacité de travail totale jusqu'au 27 avril 2009 (rapport du 30 avril 2009). Par la suite, le Dr U._____ (médecin traitant généraliste) a attesté une incapacité de travail totale du 29 avril au 28 mai 2009, puis à 50 % du 29 mai au 7 juin 2009 (rapport du 8 juillet 2009). Il a attesté ensuite de nouvelles périodes d'incapacité de travail, du 24 novembre au 14 décembre 2009 et du 25 mai au 18 juillet 2010.

En août 2011, C._____ a résilié les rapports de travail la liant à l'assurée pour le 30 novembre 2011. La résiliation a toutefois été reportée au 31 mai 2012 ensuite d'une nouvelle période d'incapacité de travail totale, attestée par le Dr U._____ dès le 23 août 2011 par un certificat médical du 24 août 2011. A l'époque, l'assurée travaillait à un taux de 73 %, pour un salaire mensuel brut de 2809 fr. 75. Son activité consistait essentiellement à remplir des rayons de produits laitiers ou de

produits de boulangerie surgelés, à réceptionner les marchandises, à gérer les déchets (liquidation) et à gérer les stocks.

L'assurée a rempli le questionnaire ad hoc que l'intimée lui avait adressé, relatif à la détermination de son statut (part active/part ménagère), le 24 août 2011. Elle a indiqué que sans atteinte à la santé, elle aurait poursuivi son activité lucrative à 70%, par nécessité financière et intérêt pour son métier.

Selon un rapport du 21 septembre 2011 du Dr U._____, l'assurée souffrait notamment de lombosciatalgies droite (depuis novembre 2009) et gauche (depuis septembre 2011) sur arthrose lombaire étagée, d'un status post-opération de coxarthrose droite (prothèse totale de hanche depuis le 1^{er} avril 2008), de coxarthrose gauche douloureuse depuis la chute du 21 avril 2009, d'un status post contusion de l'épaule gauche le 21 avril 2009 et d'une épaule douloureuse depuis lors, de maladie de Dupuytren à la main gauche depuis mars 2007, péjorée depuis février 2011, d'«arthrose IPD» douloureuse des doigts 4 et 5 de la main gauche et rizarthrose des deux côtés depuis janvier 2010, d'un syndrome du tunnel carpien des deux côtés depuis mai 2011 et de vertiges paroxystiques bénins en 2002, avec récurrence en juillet 2010. Le Dr U._____ soulignait que l'assurée avait refusé plusieurs propositions d'arrêts de travail, en particulier depuis janvier 2010, puis à partir de février 2011, en dépit d'intenses douleurs. La nouvelle de son licenciement l'avait toutefois « faite craquer nerveusement » et il avait attesté une incapacité de travail totale dès le 23 août 2011 pour une durée indéterminée. Le Dr U._____ a joint à son rapport un compte-rendu d'examen électroneuromyographique (ENMG) des membres supérieurs, réalisé le 31 août 2011 par le Dr X._____, spécialiste en neurologie (rapport du 31 août 2011 de ce médecin), ainsi qu'un rapport du 24 août 2011 du Dr N._____, chirurgien orthopédiste. Il sera revenu sur ces documents dans la partie en droit ci-après.

Le 11 novembre 2011, l'assurée s'est soumise à une opération du tunnel carpien à droite, pratiquée par le Dr K._____. Le 8 mars 2012,

elle s'est également soumise à une opération de pose de prothèse totale de hanche à gauche, par le Dr N._____. Dans un rapport du 7 mai 2012, le Dr K._____ a attesté une incapacité de travail totale du 11 novembre 2011 au 31 décembre 2011, précisant que l'assurée avait ensuite été licenciée. En termes de capacité de travail, le problème actuel était la coxarthrose, le tunnel carpien opéré à gauche évoluant favorablement. Le tunnel carpien de droite n'avait pas encore été traité et était en attente. Une reprise du travail dépendrait du résultat de l'opération de la hanche et du 2^{ème} tunnel carpien. Pour sa part, le Dr N._____ a attesté une incapacité de travail totale dès le 7 mars 2012 jusqu'au prochain contrôle, prévu à trois mois après l'opération (rapport du 5 juin 2012).

Le 11 juin 2012, le Dr U._____ a établi un nouveau rapport médical dans lequel il fait état d'une évolution très défavorable avec le développement d'une fibrosite palmaire avec dystrophie, tuméfaction inflammatoire, douleurs et perte de force de la main droite, ensuite de l'opération du tunnel carpien à droite. Il a ajouté qu'une opération du tunnel carpien gauche avait été repoussée en raison de l'évaluation défavorable à droite et de l'opération de pose d'une prothèse totale de hanche à gauche, avec usage de cannes anglaises. L'évolution après la pose de la prothèse était bonne, mais des douleurs du genou irradiant dans la jambe, avec tuméfaction du genou, étaient apparues. Les radiographies étaient cependant sans particularité. Les douleurs des deux épaules évoluaient également défavorablement avec bursites et tendinopathies chroniques des deux côtés. Le traitement par infiltrations était resté sans résultat probant. L'assurée continuait en outre à se plaindre de sciatalgies bilatérales avec paresthésies dans les deux pieds depuis 2012, et faisait état de l'apparition de cervicalgies et dorsalgies depuis janvier 2012, ainsi que de crampes dans les jambes. Le diagnostic de fibromyalgies dans un cadre conflictuel pouvait être posé. L'évolution psychologique restait marquée par un sentiment d'injustice et de frustration après le licenciement par l'employeur. Les autres atteintes à la santé ne posaient pas trop de problème ; en particulier, l'arthrose des doigts et la maladie de Dupuytren de la main gauche étaient actuellement «calmes». Le Dr U._____ mentionnait par ailleurs une expertise réalisée par le Dr J._____, spécialiste en rhumatologie, pour la Clinique

M. _____ à [...], sur mandat de l'assureur perte de gain en cas de maladie Q. _____. Cette expertise lui paraissait «excellente du point de vue strictement médical, mais aberrante, quant aux conclusions et quant à la capacité de travail !!» Le Dr U. _____ a joint à son rapport ceux établis les 10 janvier et 9 mai 2012 par le Dr K. _____, ainsi que le 19 avril 2012 par le Dr N. _____. Il sera revenu sur ces documents dans la partie en droit ci-après. Le Dr N. _____ a également joint à son rapport l'expertise établie par le Dr J. _____, le 26 avril 2012. Ce dernier a posé les diagnostics suivants :

- « - Coxarthrose bilatérale au stade de status postopératoire : PTH droite en 2008 et PTH gauche le 8 mars 2012.
- Syndromes canaux multiples : syndrome du canal carpien bilatéral, au stade de status postopératoire à droite, et non encore traité à gauche, syndrome du nerf cubital au coude bilatérale et syndrome du tunnel tarsien gauche probable.
- Maladie de DUPUYTREN bilatérale des mains sans aucune rétraction digitale et digitarthrose distale mineure.
- Conflit sous-acromial des deux épaules, avec bursite et tendinopathie chronique.
- Syndrome fibromyalgique et majoration des plaintes. »

En ce qui concerne la capacité de travail et les limitations fonctionnelles, le Dr J. _____ a constaté ce qui suit :

« L'essentiel de la symptomatologie est fait de plaintes douloureuses. Il existe tout au plus une limitation des mouvements des membres supérieurs au-dessus du plan des épaules en raison du conflit sous-acromial. L'adaptation des conditions de travail par utilisation d'escabeau peut être poursuivie, comme cela a déjà été le cas pour les tâches de mise en rayon. Théoriquement, dans tout nouvel emploi, l'exposition prolongée au froid et le travail de nuit sont aussi à éviter en raison du contexte fibromyalgique.

Reprise possible dans l'activité habituelle : La reprise est possible à 100 % horaire, de son temps partiel de 70 %, avec un rendement de 90 %, dès la présente évaluation, soit le 26 avril 2012. Pour tout nouvel emploi dans le domaine de la vente en magasin alimentaire, il est recommandé d'éviter un travail au rayon des surgelés, pour les raisons mentionnées supra. La très légère diminution de rendement est justifiée par la nécessité d'utiliser un escabeau pour les rangements en hauteur.

Reprise possible dans un emploi adapté : La capacité de travail est de 100 %, horaire et rendement, dès le 26 avril 2012. »

L'OAI a ensuite confié un mandat d'expertise au Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans un rapport du 4 mars 2013, ce dernier a posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant et a nié toute incapacité de travail fondée sur une atteinte à la santé psychique. Il a notamment mentionné l'absence de tout traitement psychiatrique ainsi que d'isolement social, ainsi que l'absence de tout signe ou symptôme parlant en faveur d'une maladie psychiatrique ou d'un trouble de la personnalité décompensé. L'assurée présentait une tristesse fluctuante avec irritabilité et tension nerveuse avec un sentiment d'injustice secondaire à son licenciement, symptômes qui n'étaient pas handicapants pour une reprise du travail.

Le 15 octobre 2013, une collaboratrice de l'OAI a établi un rapport d'enquête économique sur le ménage, en vue d'établir les empêchements de l'assurée à exercer ses activités non lucratives habituelles. L'enquêtrice a proposé de retenir un statut de personne exerçant une activité lucrative à 73%, et de ménagère à 27%, l'assurée lui ayant déclaré sans hésitation que sans atteinte à la santé, elle aurait poursuivi son activité lucrative au même taux d'activité qu'auparavant. L'enquêtrice a par ailleurs constaté un empêchement de 15,7% à exercer les travaux ménagers habituels, compte tenu de l'aide raisonnablement exigible de son époux et de sa fille.

Le 8 novembre 2013, le Dr U._____ a écrit à l'OAI pour l'informer d'un nouveau problème médical se rajoutant aux atteintes déjà constatée chez l'assurée. Un examen neuromyélographique avait en effet mis en évidence une polynévrite d'étiologie indéterminée. Cette neuropathie diffuse fragilisait les nerfs et favorisait les neuropathies d'enclavement. Le Dr U._____ a joint à sa lettre des rapports des 20 mai, 4 juin et 13 septembre 2013 du Dr X._____. Il sera revenu sur ces documents dans la partie en droit ci-après.

Le 17 décembre 2013, le Dr F._____, pour le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a constaté que les documents produits établissaient une polyneuropathie d'origine

indéterminée, qui pouvait contribuer à expliquer une partie des douleurs en lien avec la neuropathie cubitale, mais qui n'entraînaient aucune nouvelle limitation fonctionnelle par rapport à celles déjà constatées précédemment.

Le 22 janvier 2014, l'OAI a notifié un projet de décision de refus de rente d'invalidité, qu'il a confirmé par décision du 12 mars 2014. En substance, l'OAI a considéré que sans atteinte à la santé, l'assurée aurait réalisé un revenu de 35'194 fr. 77 en 2012 et qu'elle pouvait encore réaliser un revenu au moins équivalent en dépit de ses atteintes à la santé. Elle subissait par ailleurs des empêchements de 15,7 % dans ses activités ménagères, ce qui restait insuffisant pour fonder l'octroi d'une rente d'invalidité.

B. Le 11 avril 2014, Z._____, représentée par Me Monnard Séchaud, a interjeté un recours de droit administratif contre cette décision de refus de rente devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle en demande la réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée dès le 1^{er} août 2012, avec intérêt à 5 % l'an dès le 1^{er} août 2014, sous suite de frais et dépens. A titre subsidiaire, elle conclut à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle demande par ailleurs l'audition, par l'envoi de questionnaires médicaux, de ses médecins traitants, la Dresse S._____ et le Dr X._____, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise médicale par le tribunal.

L'intimé a conclu au rejet du recours, le 3 juin 2014.

Le 20 août 2014, la recourante s'est déterminée à nouveau et a produit divers documents médicaux, dont les réponses apportées le 2 juin 2014 par le Dr X._____ à un questionnaire que lui avait adressé Me Monnard Séchaud. Le Dr X._____ y atteste notamment une incapacité de travail de la recourante de 50%, avec une baisse de rendement de 50%, dans l'activité habituelle de vendeuse, en raison des seules pathologies neurologiques, à savoir une polyneuropathie axonale essentiellement sensitive, longueur-dépendante, d'origine indéterminée,

ainsi qu'un syndrome du tunnel carpien bilatéral opéré à droite à deux reprises en 2011 et 2012, avec un effet partiel. Dans une activité adaptée, exercée à 50%, il ne devrait pas y avoir de baisse de rendement, encore une fois en faisant abstraction de la pathologie des épaules. Le Dr X._____ indiquait ensuite diverses limitations fonctionnelles à prendre en considération et précisait que dans les activités ménagères, l'assurée subissait également des empêchements de l'ordre de 50% sur le plan neurologique. Il ajoutait qu'il convenait encore de prendre en considération la pathologie rhumatologique, à savoir les douleurs et limitations de la mobilisation des épaules.

Le 6 octobre 2014, l'intimé a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours. Il a produit un rapport du 9 septembre 2014 des Drs P._____ et H._____, médecins au SMR, dans lequel ces médecins prennent position sur les réponses du Dr X._____ au questionnaire de Me Monnard Séchaud. Ils constatent que l'assurée est surtout limitée par l'atteinte ostéoarticulaire déjà prise en considération. L'atteinte neurologique paraissait objectivement limitée et ne permettait pas en l'état d'expliquer la totalité des limitations fonctionnelles attestées par le Dr X._____. Ils proposent néanmoins d'ajouter aux limitations déjà admises, l'incapacité de la recourante à travailler en position accroupie ou en genuflexion ou les activités exercées en marchant, de même que les activités exercées sur terrain irrégulier ou nécessitant de se pencher, pour autant que les activités en question impliquent ces contraintes de manière prépondérante.

Les parties ont encore déposé plusieurs déterminations, les 18 novembre 2014 et 19 janvier 2016 (recourante) et les 1^{er} décembre 2014 et 8 février 2016 (intimé). La recourante a déposé un rapport du 18 janvier 2016 de la Dresse G._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, sur lequel l'intimé s'est déterminé en produisant un rapport du 1^{er} février 2016 des Drs T._____ et H._____. Il sera revenu ultérieurement sur ces documents.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021), de l'art. 69 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) 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). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 60 al. 1 LPGA) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

3. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes :

- 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 ;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable ;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

b) aa) 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 avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidé). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, 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).

La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1, 110 V 273 consid. 4b p. 276 ; TF 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2).

bb) L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée, en dérogation à la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels. Par travaux habituels des personnes travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique. C'est la

méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité (art. 8 al. 3 LPGA, 28a al. 2 LAI, 27 RAI).

cc) L'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus ; s'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels, et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI).

dd) Nonobstant les termes utilisés aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de la personne assurée. Il s'agit plutôt de déterminer si elle exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (cf. ATF 133 V 504 consid. 3.3 p. 507ss, 125 V 146 consid. 2c p. 150, 117 V 194).

4. En l'espèce, le début de l'incapacité de travail durable, sans interruption notable, attestée par les médecins traitants de la recourante, remonte au 23 août 2011 (certificat médical du 24 août 2011 du Dr U. _____). Le droit à la rente a donc pu prendre naissance, au plus tôt, le 1^{er} août 2012.

5. L'intimé a considéré que sans invalidité, la recourante aurait poursuivi son activité professionnelle à un taux de 73% et consacré le reste de son temps (27%) à ses activités ménagères habituelles. Il a donc procédé à une évaluation mixte de l'invalidité. A juste titre, la recourante ne conteste pas les constatations de l'intimé sur ce point ni le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité. Il n'y a donc pas lieu d'y revenir plus en détail.

6. L'intimé a fixé à 35'194 fr. 77 le revenu annuel hypothétique sans invalidité de la recourante, pour l'année 2012, pour une activité lucrative exercée à 73%. Il s'est fondé sur un rapport de l'employeur du 21 septembre 2011, qui n'a toutefois pas été actualisé depuis. La recourante soutient, à juste titre, que ce revenu doit être adapté à l'évolution de l'indice des salaires nominaux entre 2011 et 2012, soit de l'indice 101.6 à celui de 102.7 (Office fédéral de la statistique, Indice des salaires nominaux, femmes, 2011-2015, table T1.2.10, secteur «commerce» ; le tableau peut être consulté sur le site www.bfs.admin.ch). L'année 2012 est en effet pertinente pour la comparaison des revenus, compte tenu de la date de la naissance éventuelle du droit à la rente (consid. 4 supra ; cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174). Cela conduit à fixer le revenu hypothétique sans invalidité à 35'575 fr. 80.

7. a) L'intimé a considéré, en se fondant essentiellement sur les rapports des Drs J._____ et B._____, que la recourante pourrait encore travailler à 70% dans son ancienne activité professionnelle de vendeuse, avec toutefois un rendement diminué de 10%. Elle pourrait par ailleurs travailler à 100% dans une activité adaptée, sans diminution de rendement. Cela implique que la recourante ne soit pas tenue de travailler avec les bras au-dessus de l'horizontale, qu'elle ne soit pas exposée au froid et qu'elle ne travaille pas de nuit.

La recourante conteste d'abord la valeur probante de l'expertise du Dr J._____ au motif qu'il est impossible de déterminer la mission confiée par Q._____ à ce médecin ni les documents médicaux qui lui ont été transmis, voire les liens du Dr J._____ avec l'assureur-maladie. Par ailleurs, toujours selon la recourante, Q._____ l'a sommée de se présenter au rendez-vous fixé par l'expert sans lui demander si elle acceptait de se soumettre à une telle mesure d'instruction. Elle n'a pu s'exprimer ni sur la clinique choisie, ni sur le médecin en charge de l'expertise, déterminé de manière unilatérale par l'assureur. Elle n'a pas eu l'occasion de lui adresser d'éventuelles questions. La recourante souligne encore que le Dr J._____ n'est pas inscrit à la Fédération des médecins suisses (FMH) et qu'il est rhumatologue, alors qu'elle souffre

d'atteintes orthopédiques de type arthrosique pour lesquelles elle est suivie par les Drs N._____, R._____ et K._____, ainsi que de troubles neurologiques pour lesquels elle est suivie par le Dr X._____. Enfin, la recourante soutient que les constatations du Dr J._____ sont insoutenables et qu'il est impensable de considérer qu'elle pouvait, dès le 26 avril 2012, reprendre son poste de vendeuse impliquant de manière quotidienne, le port de charges lourdes, une position statique debout et en marche prolongée, la réception de marchandises et l'entreposage de celle-ci sur les rayons. Elle avait en effet subi une arthroplastie totale de la hanche gauche le 8 mars 2012, avait ensuite été hospitalisée du 15 au 20 mars 2012 en vue de sa réadaptation à la marche et se déplaçait au moyen de cannes anglaises à sa sortie d'hôpital. Le 18 avril 2012 seulement, le Dr N._____ avait estimé qu'elle pouvait désormais se déplacer en décharge «selon ses possibilités», en respectant scrupuleusement les consignes anti-luxation et les conseils d'hygiène posturale.

La recourante conteste également le rapport du Dr B._____, au motif que ce dernier a été influencé de manière déterminante par les constatations erronées du Dr J._____.

b) aa) Aux termes de l'art. 41 al. 1, 1^{ère} phrase, LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions (art. 44 LPGA).

Dans un ATF 137 V 210 (consid. 3.4.2, en particulier consid. 3.4.2.4, 3.4.2.6 et 3.4.2.7), le Tribunal fédéral a constaté que l'expertise ordonnée en procédure administrative revêt souvent une importance déterminante, non seulement pour la procédure de décision par l'assureur social concerné, mais également, en cas de recours, dans la procédure judiciaire subséquente. En effet, il n'existe pas de droit à une expertise judiciaire lorsque l'expertise réalisée au stade de la procédure

administrative est jugée suffisamment probante par le tribunal saisi. Le Tribunal fédéral a donc considéré qu'un renforcement des droits de participation de l'assuré à l'administration de l'expertise, au stade de la procédure administrative déjà, était nécessaire pour garantir une procédure équitable conforme aux exigences des art. 29 al. 1 et 2 Cst., et 6 CEDH. Selon cette nouvelle jurisprudence, il appartient désormais à l'assureur social concerné de chercher à se mettre d'accord, avec la personne assurée, sur le choix de l'expert et de lui permettre de poser des questions à l'expert avant la réalisation de l'expertise. En cas d'échec de la tentative de trouver un accord sur la personne de l'expert à désigner, l'assureur doit rendre une décision incidente contre laquelle la personne assurée peut recourir immédiatement. Elle peut alors soulever des motifs formels de récusation, mais également des motifs « matériels » de récusation, soit tous motifs pertinents au sens de l'art. 44 LPGA. Dans ce contexte, le tribunal saisi du recours contre la décision incidente admettra en principe que celle-ci comporte pour l'assuré un risque de préjudice irréparable, au sens de l'art. 46 al. 1 let. a PA (applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA), en d'autres termes que l'assuré dispose d'un intérêt digne de protection à l'annulation immédiate de la décision en question (sur le risque de préjudice irréparable au sens de l'art. 46 al. 1 let. a PA, cf. ATF 130 II 149 consid. 1 et les références ; ATAF B-7084/2010 du 6 décembre 2010 consid. 1.5.2).

bb) Selon le principe de libre appréciation des preuves (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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni 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, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux déterminants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens

complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; cf. également TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

c) aa) Jusqu'au dépôt de son mémoire de recours devant la Cour de céans, la recourante n'a soulevé aucune objection sur la procédure de désignation du Dr J. _____ ni sur le fait qu'elle n'avait pas été invitée à formuler ses propres questions à l'intention de l'expert. Elle ne l'a notamment pas fait pendant la procédure de préavis devant l'intimé, alors même qu'elle était déjà représentée par un mandataire professionnel. Les griefs soulevés sont donc tardifs. Ils sont également mal fondés. Le risque est certes bien réel que les assureurs sociaux contournent les règles posées par la jurisprudence relative à l'art. 44 LPGA en laissant un assureur perte de gain privé mandater un expert, puis en se référant aux constatations de cet expert. Ce risque ne justifie toutefois pas de dénier toute valeur probante à l'expertise réalisée sur mandat d'un assureur privé, à tout le moins aussi longtemps qu'il n'y a pas d'indice concret d'une procédure tendant à contourner délibérément l'art. 44 LPGA. Le Tribunal fédéral a en effet jugé qu'en l'absence de tels indices – et la Cour de céans n'en dispose pas ni dans le dossier de la présente procédure, ni, de manière générale, dans les autres dossiers dont elle est saisie –, le fait qu'un expert avait déjà été mandaté par un assureur privé dans un dossier, en dehors de toute procédure selon l'art. 44 LPGA, et qu'il avait déjà pris position sur la capacité résiduelle de travail de la personne assurée ne justifiait pas de l'écarter d'un mandat d'expertise confié par l'Office de l'assurance-invalidité (TF 9C_689/2012 du 6 juin 2013, à la suite de l'arrêt de la Cour des assurances sociales AI 14/14-257/2012 du 11 juillet 2012). Il n'y a, pour le surplus, aucun indice au dossier de relations privilégiées entre le Dr J. _____, qui a agi dans le cadre de son activité pour le centre d'expertises M. _____, et Q. _____. Le Dr J. _____ a exposé relativement clairement le mandat qui lui avait été confié, en pages une à trois de l'expertise, ainsi que les documents médicaux mis à

sa disposition, en pages trois à neuf. Enfin, la spécialisation de l'expert en rhumatologie n'était pas moins adéquate que celle d'un orthopédiste ou d'un neurologue pour évaluer la capacité résiduelle de travail de la recourante ; une expertise pluridisciplinaire aurait été idéale, sans être toutefois nécessaire.

bb) Sur la forme et le contenu, l'expertise réalisée par le Dr J._____ est convaincante, quand bien même son appréciation relative à la capacité de l'assurée de reprendre son activité professionnelle à 70%, avec un rendement diminué de 10%, dès le 26 avril 2012 déjà, soit un peu plus d'un mois après la pose d'une prothèse de hanche le 8 mars 2012, paraît sévère pour l'assurée. La date exacte à laquelle cette reprise du travail peut être exigée, à quelques semaines près, n'est quoi qu'il en soit pas déterminante en l'espèce. Pour le reste, on constate que le Dr J._____ a eu connaissance des principaux rapports médicaux au dossier, qu'il a établi une anamnèse relativement complète et qu'il a dûment pris en considération les plaintes de la personne assurée. Il a admis des limitations fonctionnelles en relation avec le conflit sous-acromial, d'une part (limitation des mouvements au-dessus du plan des épaules, avec pour conséquence la nécessité d'utiliser un escabeau pour les rangements en hauteur), entraînant notamment une diminution de rendement de 10%, ainsi qu'avec la fibromyalgie, d'autre part (nécessité d'éviter l'exposition au froid et le travail de nuit). Il est vrai que l'emploi exercé par la recourante jusqu'à la résiliation des rapports de travail par l'employeur, pour le 30 novembre 2011, impliquait le remplissage fréquent de rayons de produits laitiers ou surgelés, mais l'expert a pris cette circonstance en considération en précisant que l'assurée devrait éviter l'exposition prolongée au froid dans tout nouvel emploi. L'expert a également tenu compte d'autres diagnostics (coxarthrose bilatérale avec prothèse de hanche droite posée en 2008 et prothèse de hanche gauche posée le 8 mars 2012, syndromes canaux multiples [canal carpien bilatéral opéré à droit, non encore traité à gauche, syndrome du nerf cubital aux deux coudes et syndrome du tunnel tarsien gauche probable], maladie de Dupuytren bilatérale des mains sans aucune rétraction digitale et digitarthrose distale mineure). Mais il a considéré que la patiente

présentait une majoration des plaintes par rapports aux atteintes objectivement constatées, qui n'entraînaient pas d'autre limitation fonctionnelle que celle mentionnées. Cette appréciation des limitations fonctionnelles réellement entraînées par les atteintes objectivables à la santé relativise les plaintes de l'assurée, qui décrit des limitations nettement plus importantes ; elle est toutefois conforme au mandat d'expertise et ne permet pas de mettre en cause les constatations de l'expert ni, a fortiori, de les qualifier d'insoutenables. Pour ces motifs également, il n'y a pas lieu de considérer que l'expertise établie par le Dr B. _____ serait dépourvue de valeur probante parce que fondée en partie sur les constatations du Dr J. _____.

cc) La recourante soutient que les constatations du Dr J. _____ sont en contradiction manifeste avec les rapports médicaux successifs établis par les Drs U. _____, X. _____, N. _____, K. _____ et G. _____. Il convient donc de revenir sur les principaux d'entre eux.

Dans un rapport du 19 avril 2012 relatif à une consultation du 18 avril 2012, le Dr N. _____ a fait état d'une évolution parfaitement favorable ensuite de la mise en place d'une prothèse totale de la hanche gauche. Les principales plaintes de la recourante concernaient des douleurs du genou gauche, qui avait tendance à gonfler en fin de journée, sans lâchage ni blocage. Le Dr N. _____ a toutefois observé, lors de son examen, un genou calme sans érythème ni tuméfaction ni chaleur, avec cependant une lame d'épanchement intra-articulaire. Le genou était parfaitement stable et les investigations radiographiques se sont avérées sans particularité. Le Dr N. _____ a attesté une incapacité de travail totale jusqu'au prochain contrôle à trois mois post opératoire, en précisant qu' « au vu de la bonne évolution, Mme Z. _____ peut se passer de ses cannes et marcher en charge selon douleurs selon ses possibilités ». Dans un rapport du 5 juin 2012 à l'intimé, le Dr N. _____ a indiqué avoir attesté, à la suite de son dernier examen du 18 avril 2012, une incapacité de travail totale jusqu'au prochain contrôle prévu à trois mois post opératoire ; en réponse à la question 1.7 qui lui était posée, il a exposé que l'assurée était en rééducation à la suite de son intervention

chirurgicale, mais que la reprise de son ancienne activité était exigible pour autant que celle-ci soit adaptée, à un taux de 50 à 100% en fonction de l'activité ; le Dr N._____ n'a pas pris position sur une éventuelle diminution de rendement. Il n'y a pas dans ces constatations de contradiction manifeste avec celles du Dr J._____, hormis une divergence d'appréciation quant au délai dans lequel une reprise du travail pouvait être exigée. Par comparaison, le Dr N._____ avait admis une telle reprise à 70% (taux d'activité habituel) trois mois après l'opération de pose d'une prothèse totale de hanche à droite, en 2008 (rapport de consultation du 30 juin 2008 à l'Hôpital de [...]).

Dans ses rapports des 7 et 9 mai 2012, le Dr K._____ ne prend pas clairement position sur la capacité de travail résiduelle de l'assurée, en relation avec les tunnels carpiens gauche et droite pour lesquels il a été consulté. Dans le premier rapport, il expose en effet que la capacité résiduelle de travail dépend du résultat de l'opération de la hanche et du 2^{ème} tunnel carpien, et indique que l'on ne peut pas se prononcer actuellement sur la date d'une reprise de l'activité professionnelle. Dans le second rapport, il précise que «les neuropathies compressives des deux mains ainsi que la polyarthrose Herberden influencent la capacité de travail de la patiente comme vendeuse mais ne sont pas le facteur limitant unique.» Là encore, on exagérerait la portée de ces constatations en y voyant une contradiction manifeste avec celles du Dr J._____. On constate surtout que le Dr K._____ s'abstient de décrire précisément les limitations découlant des atteintes qu'il a constatées, ainsi que de donner une appréciation et, cas échéant, une motivation plus précise de l'incapacité de travail qu'elles entraînent d'après lui ; son observation relative au fait que les neuropathies compressives des deux mains ne sont pas le facteur limitant unique ne permet pas de déterminer la nature des autres facteurs auxquels il se réfère. Par la suite, le Dr K._____ a encore établi un rapport à l'intention du Dr U._____, le 12 novembre 2013, dans lequel il confirme le diagnostic de polyneuropathie posé par le Dr X._____, excluant une neuropathie compressive locale. Il ne prend pas position sur la capacité résiduelle de travail de la recourante.

Le Dr X._____ a établi un premier rapport à l'intention du Dr U._____, le 31 août 2011, après avoir pratiqué un examen clinique et par électroneuromyogramme (ENMG). Selon le Dr X._____, les symptômes présentés étaient suggestifs d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral assez symétrique, pour l'instant sans déficit neurologique hormis une hypoesthésie au niveau de la pulpe du pouce des deux côtés. L'examen par électroneuromyogramme avait confirmé ce diagnostic en montrant des signes de compression du nerf médian au niveau du canal carpien des deux côtés. Il s'agissait toutefois d'une atteinte modérée, sans signes de souffrance axonale aigus. Le Dr X._____ n'a pas pris position sur la capacité résiduelle de travail de l'assurée dans ce document, dans lequel on ne trouve toutefois aucun constat en opposition avec l'expertise réalisée par le Dr J._____.

Par la suite, le Dr X._____ a réexaminé la recourante le 12 mai 2013 en raison de plaintes relatives à une sensation de vertige plus ou moins permanente, de type ébriété, surtout en station debout, de sciatalgies bilatérales avec une sensation de paresthésies plantaires plus ou moins permanentes, ainsi que de douleurs plantaires à la marche. Dans un rapport du 20 mai 2013, établi à la suite de cet examen, le Dr X._____ précise ce qui qui :

« Objectivement, **à l'examen clinique**, on constate une discrète raideur lombaire [...]. La marche me paraît normale, de même que la marche sur la pointe et les talons.
En position couchée, il n'y a pas de syndrome radiculaire irritatif [...]. En revanche, il existe des points douloureux à la palpation de la musculature fessière ainsi que du grand trochanter à la faveur d'une atteinte périarticulaire. [...] Sur le plan moteur, il n'y a pas d'amyotrophie ni de parésie. Sur le plan sensitif, il n'y a pas d'hypoesthésie en chaussettes mais une hypopallesthésie bi-malléolaire à 2/8^{ème} ddc alors que la sensibilité posturale est encore conservée. »

Dans ce document également, on voit mal quelles constatations du Dr X._____ seraient en contradiction manifeste avec la capacité de travail reconnue par le Dr J._____.

Le 31 mai 2013, le Dr X._____ a réalisé un électroneuromyogramme des membres inférieurs en raison de plaintes relatives à des paresthésies plantaires prédominant au niveau des orteils, non douloureuses, présentes aussi bien au repos qu'à la marche, accompagnées également uniquement à la marche, de douleurs du talon jusqu'au niveau du gros orteil, des deux côtés. La symptomatologie semblait évoluer depuis déjà plusieurs mois parallèlement aux douleurs plus proximales au niveau des ceintures cervico-scapulaires et lombopelviennes de type musculo-tendineuse. L'assurée signalait également quelques crampes musculaires au niveau des mollets, mais pas d'instabilité. Le Dr X._____ a également réalisé un examen clinique, qu'il résume comme suit :

« Objectivement **à l'examen clinique**, on retrouve essentiellement une hyporéflexie achilléenne bilatérale et une hypopallesthésie bi-malléolaire à 1-2/8^{ème} ddc alors que la sensibilité posturale est conservée. Il n'y a pas de véritable hypoesthésie en chaussettes. L'épreuve de Romberg ne montre que quelques oscillations du tronc et une danse des tendons, mais très modérés alors que la marche sur la pointe et les talons se fait sans difficulté, si ce n'est que la marche sur les talons est douloureuse. La marche un pied devant l'autre est stable. »

Se référant à l'électroneuromyogramme réalisé, le Dr X._____ a posé le diagnostic de polyneuropathie sensitive, axonale, longueur-dépendante, dont l'origine restait à déterminer. Il n'a pas pris position sur la capacité résiduelle de travail de la recourante, mais ses constatations cliniques ne sont pas en contradiction avec les constatations du Dr J._____ relatives à la capacité résiduelles de travail de l'assurée.

Le 23 août 2013, le Dr U._____ a demandé au Dr X._____ de compléter ses examens précédents par un électroneuromyogramme des membres supérieurs, pour préciser l'atteinte à ce niveau. Il a notamment précisé qu'il s'agissait d'établir le lien entre les douleurs des membres supérieurs et inférieurs, d'une part, et la polyneuropathie. Il s'agissait également de préciser, notamment à l'intention de l'OAI, l'origine des douleurs, la gravité de l'atteinte et la capacité réelle de travail de l'assurée, en opposition aux expertises psychiatrique et rhumatologique dont une copie était transmise au Dr X._____. Le Dr

X._____ a revu l'assurée le 9 septembre 2013 et a établi un nouveau rapport le 13 septembre 2013. Résumant la situation, il a indiqué que depuis ses derniers examens, celle-ci restait inchangée en ce qui concernait les membres inférieurs, avec des paresthésies plantaires persistantes. Aux membres supérieurs, elle ne s'était guère améliorée non plus avec des douleurs et une limitation de la mobilisation des deux épaules, surtout en élévation et abduction, mais également en rotation interne et externe, des douleurs au niveau des bras et tout particulièrement au niveau des épicondyles latéraux, ainsi que des douleurs localisées au niveau du poignet et de la région hypothénarienne et thénarienne des deux côtés, plutôt en relation avec les activités. Les paresthésies étaient toujours présentes aussi bien de jour que de nuit, prédominant au niveau des trois premiers doigts des deux côtés et parfois décrites comme assez diffuses. L'assurée signalait également une faiblesse au niveau des mains. Sur la plan clinique, toutefois, le Dr X._____ a exposé avoir retrouvé « quelques troubles sensitifs plutôt dans le territoire du nerf médian des 2 côtés, mais sans déficit moteur notamment au niveau de la musculature thénarienne, alors qu'il exist[ait] probablement une discrète parésie au niveau des interosseux dorsaux et palmaire, particulièrement à gauche ». Sur le plan électroneuromyographique, à droite, le Dr X._____ ne détectait pratiquement plus aucun signe de syndrome du tunnel carpien résiduel, alors qu'à gauche, des signes persistaient encore en faveur d'un syndrome du tunnel carpien modéré, essentiellement purement myélinique. Il relevait encore la présence d'une neuropathie cubitale bilatérale localisée au niveau du coude, plus marquée à gauche, mais pour l'instant essentiellement myélinique. Il a proposé d'être prudent avant de proposer une prise en charge chirurgicale de cette atteinte, au vu de l'évolution pas très favorable à droite et des anomalies pour l'instant assez modérées à gauche. A la lecture de ce rapport, on constate que le Dr X._____ s'abstient de qualifier de graves les atteintes constatées et de prendre position sur une éventuelle incapacité de travail de la recourante, en dépit de la demande expresse du Dr U._____. Le 17 décembre 2013, le Dr F._____, pour le SMR, a considéré que la

polyneuropathie d'origine indéterminée n'entraînait pas de nouvelle limitation fonctionnelle par rapport à celles déjà constatées.

Ce n'est finalement que le 2 juin 2014, soit après la décision litigieuse et le dépôt du recours, que le Dr X._____ a pris position sur la capacité résiduelle de travail de la recourante. Répondant à un questionnaire de l'avocate de la recourante, il a indiqué que l'assurée souffrait, notamment, d'une polyneuropathie axonale essentiellement sensitive, longueur-dépendante, d'origine indéterminée et d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral opéré à droite à deux reprises en 2011 et 2012, avec un effet partiel. Les restrictions physiques étaient «plutôt en premier lieu en relation avec une pathologie extra-neurologique, à savoir des douleurs proximales des deux membres supérieurs liées à une périarthropathie de l'épaule». Pour ce qui était des pathologies neurologiques, «elles [pouvaient] effectivement avoir une influence sur la capacité de travail, de l'ordre de 50%». Dans l'activité de vendeuse, la capacité de travail était limitée à 50% sur le plan neurologique, «et ceci bien entendu sans tenir compte de la pathologie des épaules» ; le rendement était diminué de 50%. Dans une activité adaptée, la capacité résiduelle de travail était diminuée de 50%, sans diminution de rendement, «encore une fois sur le plan neurologique». Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : difficultés pour manipuler les objets et pour effectuer un travail de force avec les mains, limitations pour les activités uniquement debout en raison des douleurs des membres inférieurs et surtout d'une discrète instabilité, pas de position en position accroupie ou en genuflexion, sur le plan neurologique, incapacité totale d'effectuer les activités exercées principalement en marchant ou sur un terrain irrégulier, limitation partielle à 50% pour se pencher, limitation probable de 100% pour travailler avec les bras au-dessus de la tête, mais plutôt pour des raisons rhumatologiques (périarthropathie des épaules), limitation à 100% pour soulever ou porter des charges de plus de 1 à 2 kilos, limitation pour les travaux de nuit en raison de l'épilepsie, et limitation à 50% pour les activités nécessitant de monter les escaliers.

Ces constatations relatives à une incapacité de travail importante dans l'activité professionnelle habituelle et dans une activité adaptée ne sont quasiment pas motivées et sont en contradiction avec les descriptions des examens cliniques et électroneuromyographiques figurant dans les rapports précédents du Dr X._____, comme l'ont mis en évidence les Drs P._____ et H._____, médecins au SMR, dans un rapport du 9 septembre 2014. Ces derniers ont en particulier souligné que les limitations fonctionnelles relatives à la manipulation d'objets et au travail de force avec les mains s'accordaient mal avec le constat du Dr X._____, au niveau des membres supérieurs, de l'absence d'amyotrophie avec tout de même une certaine parésie au niveau des interosseux, toutefois difficile à quantifier en raison des nombreux lâchages. Sur ce dernier point, on observera que le Dr X._____ n'indique aucunement que ces lâchages seraient entraînés par une atteinte neurologique. Dans ce contexte, les Drs P._____ et H._____ ont encore souligné que la musculature thénarienne était selon le Dr X._____ de tonicité normale, sans parésie, et qu'il existait une hyposthésie subjective au niveau de la pulpe et de l'index. Cliniquement, le Dr X._____ n'avait retrouvé que quelques troubles sensitifs dans le territoire du nerf médian, mais sans déficit moteur. Les médecins du SMR en ont conclu, de manière convaincante, que les troubles sensitifs et moteurs des mains étaient objectivement très limités. En ce qui concernait les membres inférieurs, les Drs P._____ et H._____ ont également mis en évidence des contradictions entre les rapports précédents du Dr X._____ et les limitations fonctionnelles qu'il atteste le 2 juin 2014, en particulier en ce qui concerne la limitation pour les activités en position debout, en raison d'une instabilité pour le moins discrète selon les constatations cliniques. Les Drs P._____ et H._____ proposent néanmoins d'admettre, avec le Dr X._____, une limitation pour les travaux nécessitant de travailler en position accroupie ou en genuflexion, pour les travaux effectués principalement en marchant, pour les travaux exercés sur un terrain irrégulier ou encore pour soulever ou porter des charges ainsi que monter des escaliers. Mais ils précisent que ces limitations ne valent que pour les activités impliquant de telles contraintes de manière prépondérante. Il n'y a pas lieu de s'écarter de ce constat.

Les autres rapports médicaux au dossier ne contiennent aucun élément nouveau, qui n'aurait pas déjà été pris en considération. En particulier, dans un rapport du 18 janvier 2016 la Dresse G. _____ indique que l'assurée ne peut pas exercer d'activité contraignante pour les membres supérieurs, soulever une charge au-dessus de la tête ni manipuler même de petites pièces, en raison de causes « multiples » qui concernent « la ceinture scapulaire dont un conflit sous-acromial bilatéral, une arthrose digitale et une neuropathie périphérique ». A l'examen clinique, elle précise constater une maladie de Dupuytren des paumes stade 1, toutefois « sans réduction de la force de préhension ». Le reste de son examen clinique n'indique aucune limitation fonctionnelle plus importante que celles finalement admises par les médecins du SMR.

d) Vu ce qui précède, il convient de constater que la recourante disposait, dès le mois de mai 2012, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Elle doit éviter les travaux impliquant des mouvements des bras au-dessus du plan des épaules ou une exposition au froid. Elle doit également éviter le travail de nuit et ne peut pas occuper un emploi nécessitant de travailler de manière prépondérante en position accroupie ou en genuflexion, en se penchant, en marchant, en montant des escaliers, en soulevant des charges, ou encore sur un terrain irrégulier. Un complément d'instruction n'est pas nécessaire compte tenu des pièces probantes figurant déjà au dossier.

8. a) Au vu de de la capacité résiduelle de travail qu'il a constaté, l'intimé a considéré que la recourante pourrait encore réaliser, dans une nouvelle activité professionnelle adaptée à son état de santé, un revenu annuel de 43'405 fr.80, en travaillant à 73% comme vendeuse, en 2012. Il s'est fondé sur les recommandations de la Société suisse des employés de commerce pour fixer ce revenu. Ce procédé ne peut pas être suivi. En effet, l'intimé n'établit pas que ces recommandations seraient généralement respectées, ce que le précédent revenu réalisé par la recourante dans l'activité de vendeuse tendrait plutôt à infirmer.

b) Lorsque l'assuré n'a pas repris une activité lucrative adaptée à son état de santé, la jurisprudence admet que l'on détermine le revenu d'invalidé en se référant aux données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS). Pour l'année 2012, en l'absence de formation professionnelle dans une telle activité, il convient de se référer au revenu mensuel brut (valeur centrale) pour une activité correspondant au niveau de compétence 1, dans l'économie privée, tous secteurs confondus (Tableau TA-1; cf. TF 9C_632/2015 consid. 2.5.7 ; voir également RAMA 2001 no U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés mentionnés dans l'ESS correspondent à une semaine de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée du travail hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. Par ailleurs, l'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25% au maximum pour en tenir compte (ATF 126 V 75).

c) En l'espèce, les limitations fonctionnelles constatées (consid. 7d ci-avant) et les autres circonstances personnelles entrant en considération, en particulier l'âge de la recourante, n'excluent pas toute possibilité de reprise d'une activité professionnelle sur un marché du travail réputé équilibré et permettent l'évaluation du revenu d'invalidé au moyen des données salariales tirées de l'ESS. On tiendra compte de ses limitations et des circonstances personnelles en procédant à une déduction de 15% au maximum des données tirées des statistiques salariales en question. En se référant à un revenu brut standardisé de 4'112 fr. pour les femmes exerçant une activité de niveau 1, dans l'économie privée, tous secteurs confondus en 2012 (Tableau TA-1 de l'ESS 2012) et à une durée du travail hebdomadaire moyenne de 41.7 heures dans les entreprises en Suisse en 2012, tous secteurs confondus

(Office fédéral de la statistique, Durée du travail dans les entreprises selon les divisions économiques, années 2004-2012) et à un taux d'activité de 73%, on obtient un revenu annuel brut de 37'552 fr. ($4'112 \times 12 / 40 \times 41.7 \times 73\%$). Après une déduction de 15% au maximum, on doit constater un revenu d'invalidé de 31'919 fr. 20. La comparaison avec le revenu hypothétique sans invalidité (35'575 fr. 80 ; cf. consid. 6 ci-avant) conduit à constater une diminution de la capacité de gain de 10,28 %, soit un taux d'invalidité de 7,5% pour la part de son temps consacré par l'assurée à l'exercice d'une activité lucrative ($10,28 \times 73\%$).

9. La recourante soutient que l'intimé a sous-évalué son empêchement à accomplir ses activités non lucratives habituelles, qui serait selon elle de 50% au moins, plutôt que de 15,7%. Toutefois, même en prenant en considération un empêchement de 50%, voire un empêchement plus élevé encore, le taux d'invalidité de la recourante resterait inférieur au seuil de 40% ouvrant droit à la rente litigieuse. Un empêchement de 50% correspondrait ainsi à un taux d'invalidité au ménage de 13,5% ($50 \times 27\%$) et à un taux d'invalidité global, toutes activités confondues, de 21% ($13,5\% + 7,5\%$). Dans ces conditions, il n'est pas nécessaire d'entrer plus en détail sur les griefs de la recourante relatifs à l'enquête ménagère réalisée le 15 octobre 2013.

10. Vu ce qui précède, les conclusions de la recourante sont mal fondées, ce qui entraîne le rejet du recours sans dépens (art. 61 let. g LPGa). Les frais de procédure sont mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI).

**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 12 mars 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais de la procédure sont fixés à 400 fr. (quatre cents francs) et mis à la charge de la recourante.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne (pour Z. _____),
- 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 :