

VD_FINDINFO AI 59/10 - 43/2012 vom 3. Februar 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-02-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_59_10_-_43_2012

FR: VD_FINDINFO AI 59/10 - 43/2012 du 3 février 2012

IT: VD_FINDINFO AI 59/10 - 43/2012 del 3 febbraio 2012

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ | 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 8 al. 1 LPGA

Erwägungen

E. 3

février 2012 _____ Présidence de M. Neu Juges : M.
Jomini et Mme Di Ferro Demierre Greffier : M. Simon ***** Cause pendante entre
: L. _____, à Lausanne, recourante, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de
Vaud, à Vevey, intimé. _____ Art.

E. 8

al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI E n f a i t : A. L. _____ (ci-après: l'assurée), née en 1956, sans formation et ayant travaillé en qualité de nettoyeuse auprès de [...] SA, a déposé le 27 juin 2005 une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), tendant à l'octroi d'une rente, se prévalant de diabète et de dépression. Sur le plan économique, un extrait du compte individuel de l'assurée auprès de la caisse cantonale vaudoise de compensation AVS (ci-après: la CCVD) a été versé au dossier, mettant en évidence un revenu de 16'162 fr. en 2001 et de 9'744 fr. de janvier à août 2002, auprès de l'entreprise [...] SA. Dans un formulaire 531bis adressé par l'OAI et rempli le 16 août 2005, l'assurée a déclaré que, si elle était en bonne santé, elle travaillerait à 100% en qualité de nettoyeuse de bureaux, en raison de nécessité financière. Sur le plan médical, l'OAI s'est adressé au Dr O. _____, spécialiste FMH en médecine interne à Lausanne et médecin traitant de l'assurée. Dans un rapport du 26 août 2005, ce médecin a posé les diagnostics d'importante limitation des facultés intellectuelles et d'état dépressif moyen et réactionnel; il a retenu une incapacité de travail de 100% en tant que femme de ménage de septembre 2002 au 31 août 2003, puis proposé un avis psychiatrique. Ce médecin a joint notamment les documents suivants: - Un rapport du 28 novembre 2002 du département universitaire de psychiatrie pour adultes (ci-après: le DUPA), posant les diagnostics d'épisode dépressif moyen et réactionnel et de trouble de la personnalité non spécifique, à traits dépendants et histrioniques. Il en ressort que l'assurée a été hospitalisée pendant une semaine suite à une crise d'agitation avec menaces suicidaires. - Un rapport du 3 décembre 2002 du DUPA, posant les diagnostics d'état dépressif moyen et réactionnel ainsi que de probable intelligence limite, précisant que l'assurée vit dans une situation familiale et sociale très précaire. - Un rapport du 13 mai 2004 du Dr O. _____, retenant que l'assurée présente un diabète de type II depuis 1998, insulino-requérant depuis janvier 2004, et renvoyant à une évaluation d'endocrinologie. Le 20 février 2006, l'OAI a procédé à une enquête économique sur le ménage. Il en ressort que l'assurée présente le statut de personne active à 100%, en raison de la nécessité financière du couple et de l'apport de l'aide sociale. Sur proposition du Service médical régional AI

(ci-après: le SMR), un examen psychiatrique a été mis en œuvre, auprès du Dr C. _____, psychiatre FMH au SMR. En date du 5 novembre 2007, ce spécialiste n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et a retenu celui, sans incidence sur la capacité de travail, de dysthymie à début tardif. Il a retenu une capacité de travail exigible de 100% depuis toujours dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. Il a relevé ce qui suit dans son appréciation du cas: "Assurée d'origine portugaise, âgée de 51 ans, en Suisse depuis 1987, ayant travaillé de 1992 à 2002 comme nettoyeuse, en incapacité de travail à 100% depuis 2002 dans le cadre d'un syndrome dépressif réactionnel aux diverses incarcérations de son fils aîné. Le médecin traitant de l'assurée, le Dr O. _____, décrit un état dépressif fluctuant réactionnel à un marasme social et familial. L'examen clinique psychiatrique au SMR met en évidence une dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier le diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. L'intensité modérée de cet état dépressif, sa fluctuation, les ruminations avec trouble du sommeil, la perte de confiance évoquent le diagnostic de dysthymie dans lequel les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines pendant lesquels ils se sentent bien, mais la plupart du temps ils se sentent fatigués et déprimés, tout leur coûte et rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes mais ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui est le cas de notre assurée qui assume l'intégralité des charges domestiques de la vie familiale. La CIM-10 précise que les formes à début tardif surviennent habituellement à la suite d'un épisode dépressif isolé, souvent en rapport avec un deuil ou tout autre événement stressant manifeste, ce qui semble aussi être le cas de notre assurée puisque l'état dépressif est décrit par l'assurée et le médecin traitant comme réactionnel aux difficultés judiciaires de ses enfants. Pour ce qui concerne le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant, l'assurée ne se plaint pas de douleurs de type polyalgie, l'examen ne retrouve pas de détresse psychoaffective et les critères de sévérité de la jurisprudence: l'intensité du tableau morbide est modérée, il n'y a pas de perte d'intégration sociale ni d'inefficacité des traitements puisqu'aucun traitement n'a été entrepris. En dehors de ce tableau de dysthymie, notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Nous pouvons donc conclure que notre examen ne met pas en évidence de maladie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée". Dans un rapport d'examen du SMR du 16 novembre 2007, se référant aux conclusions du Dr C. _____, le Dr J. _____ n'a retenu aucune atteinte à la santé et fixé la capacité de travail à 100% depuis toujours. Par décision du 18 janvier 2008, confirmant un préavis du 27 novembre 2007, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à une rente, en raison d'une pleine capacité de travail et de gain dans toute activité lucrative. Le 2 septembre 2008, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité auprès de l'OAI, tendant à l'octroi d'une rente, se prévalant de diabète, d'une affection psychique et d'une prothèse au genou droit suite à un accident survenu en mars 2008. Dans un rapport du 19 septembre 2008, les Drs R. _____ et U. _____, chef de clinique et médecin assistant à la policlinique médicale universitaire de Lausanne (ci-après: la PMU), ont mentionné un suivi psychiatrique depuis décembre 2007 et constaté notamment des difficultés à gérer les choses courantes de la vie quotidienne, des réactions émotionnelles vives et un retard mental léger. Ils ont relevé que

l'assurée nécessitait une prise en charge médicosociale complexe. Les documents suivants ont ensuite été versés au dossier: - Un rapport du 21 juillet 2008 de F._____, psychologue adjointe au département de psychiatrie du CHUV, retenant, sur le vu d'un QI de 51, que l'efficiace intellectuelle de l'assurée est du niveau du retard mental léger. - Un rapport du 22 août 2008 du service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme du CHUV, posant les diagnostics de syndrome métabolique – avec diabète de type 2, hypertension artérielle, dislipidémie et obésité de classe I – ainsi que de trouble de l'humeur et de l'adaptation d'origine non précisée. - Un courrier du 5 novembre 2008 du département de psychiatrie du CHUV, évoquant un suivi au service d'endocrinologie et diabétologie du département de médecine du CHUV. Le cas a à nouveau été soumis au SMR, qui a relevé, dans un avis médical du 19 décembre 2008 du Dr J._____, qu'il n'y avait pas d'aggravation sur le plan psychiatrique, mais qu'il convenait d'instruire le volet somatique, en raison de la survenance d'un accident en mars 2008. Le 23 janvier 2009, [...] a informé l'OAI qu'il intervenait en qualité d'assureur RC du détenteur du véhicule impliqué dans un accident le 5 mars 2008 lors duquel l'assurée a été blessée. Cet assureur a remis notamment les documents suivants à l'OAI: - Un rapport du 14 juillet 2008 du Dr Z._____, chef de clinique au département de l'appareil locomoteur du CHUV, indiquant que l'assurée a été renversée par une voiture en tant que piétonne et a subi une fracture du plateau tibial externe gauche, traitée chirurgicalement le 10 mars 2008. - Un rapport du 11 décembre 2008 du Dr Z._____, posant le diagnostic de fracture du plateau tibial externe gauche par compression-séparation. Il a retenu des risques d'arthrose post-traumatique du genou gauche dans le cadre d'une fracture intra-articulaire. - Un certificat médical du 13 octobre 2008 de la PMU, attestant une incapacité de travail de 100% du 1^{er} au 31 octobre 2008. Un constat d'accident et un rapport de la police municipale de Lausanne ont été versés au dossier. Il en ressort en particulier que l'assurée a porté plainte pour lésions corporelles contre le conducteur qui l'avait renversée le 5 mars 2008. Sur proposition du SMR, l'assurée a été soumise à un examen clinique orthopédique et psychiatrique, effectué le 31 août 2009 par les Drs D._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie au SMR, et C._____. Dans leur rapport du 14 septembre 2009, ces médecins ont posé les diagnostics de gonarthrose primaire prédominante du compartiment interne et de séquelles d'une fracture intra articulaire du plateau tibial externe du genou gauche. Ils ont retenu une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée depuis le 5 juin 2008 et ont exposé notamment ce qui suit dans leur appréciation du cas: "L'examen clinique psychiatrique au SMR met en évidence une dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier le diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. L'intensité modérée de cet état dépressif, sa fluctuation, les ruminations avec trouble du sommeil, la perte de confiance évoquent le diagnostic de dysthymie dans lequel les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines pendant lesquels ils se sentent bien, mais la plupart du temps ils se sentent fatigués et déprimés, tout leur coûte et rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux- mêmes mais ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui est le cas de notre assurée qui assume l'intégralité des charges domestiques de la vie familiale. La CIM-10 précise que les formes à début tardif surviennent habituellement à la suite d'un épisode dépressif isolé, souvent en rapport avec un deuil ou tout autre événement stressant manifeste, ce qui semble aussi être le cas de notre assurée puisque l'état dépressif est décrit par l'assurée et le médecin traitant comme réactionnel aux difficultés judiciaires de ses enfants. Pour ce qui concerne le

diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant, l'assurée ne se plaint pas de douleurs de type polyalgie, l'examen ne retrouve pas de détresse psychoaffective et les critères de sévérité de la jurisprudence: l'intensité du tableau morbide est modérée, il n'y a pas de perte d'intégration sociale ni d'inefficacité des traitements puisque le traitement entrepris à la PMU semble permettre une amélioration du tableau symptomatique. En dehors de ce tableau de dysthymie, notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Nous pouvons donc conclure que notre examen ne met pas en évidence de maladie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée. Il est à noter que l'attestation médicale [du 19 Septembre 2005 de la PMU] ne comporte aucun critère CIM-10 d'évaluation médicale pouvant permettre de préciser un diagnostic psychiatrique incapacitant ou bien une aggravation par rapport à l'examen SMR d'octobre 2007; de plus le traitement psychiatrique n'est pas précisé non plus [...]. Sur le plan somatique, en mars 2008, elle a eu une fracture intra articulaire du genou G qui a bénéficié d'un traitement chirurgical. Les suites opératoires furent simples. L'assurée garde des séquelles douloureuses. Comme toutes les fractures intra articulaires, il existe un gros risque de développer une gonarthrose secondaire. L'obésité de l'assurée favorise le développement de cette arthrose. Les premières radiographies montrent déjà une gonarthrose primaire interne débutante. Les limitations fonctionnelles L'assurée peut exercer un travail sédentaire ou semi-sédentaire sans port de charge supérieur à

E. 10

kilos, doit éviter les travaux accroupis ou à genoux. Doit éviter de monter ou descendre les escaliers à répétition. De courts déplacements à plat sont possibles. Aucune limitation sur le plan psychiatrique. [...] Suite à son accident de mars 2008, l'assurée a perdu sa capacité de travail en tant que femme de ménage et nettoyeuse. Un arrêt de travail dans toute activité de trois mois après l'intervention chirurgicale est admissible. A partir du mois de juin 2008, l'assurée récupère sa pleine capacité de travail dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles". Dans un rapport médical du 8 octobre 2009, sous la plume du Dr J._____, se référant au rapport d'examen précité, le SMR a retenu l'atteinte principale de gonarthrose gauche primaire prédominant au compartiment interne et de status après fracture intra articulaire du plateau tibial externe du genou gauche. Une capacité de travail exigible de 100% dans une activité adaptée a été retenue dès le 6 juin 2008, ainsi que les limitations fonctionnelles suivantes: port de charges au-delà de 10kg, accroupissement et position à genoux, monter-descendre les escaliers à répétition, marche prolongée ou en terrain irrégulier. Dans un préavis du 10 novembre 2009, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à la rente. Sur la base des avis médicaux du SMR, il a retenu que l'assurée présentait une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée 3 mois après l'accident survenu le 5 mars 2008. Sur la base d'un salaire sans invalidité de 46'190 fr. dans l'hôtellerie et la restauration selon l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: l'ESS) et d'un revenu d'invalidité de 44'916 fr. 90 – dans une activité simple et répétitive dans le secteur privé en 2009 selon l'ESS, en tenant compte d'un abattement de 15% – l'OAI a mis en évidence un degré d'invalidité de 2.75%. Le 10 novembre 2009 également, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à des mesures de placement (orientation professionnelle et recherches d'emploi). Le 23 novembre 2009, l'assurée a contesté le préavis du 10 novembre 2009, expliquant que ses problèmes de santé n'avaient pas tous été

pris en compte. Par décision du 21 janvier 2010, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à la rente, sur la base d'un degré d'invalidité de 2.75%, en se référant aux mêmes motifs que ceux exposés dans son préavis du 10 novembre 2009. B. Par acte du 16 février 2010, L. _____ fait recours au Tribunal cantonal contre cette décision et conclut implicitement à l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle expose que son état de santé ne lui permet pas de travailler – à tout le moins dans son activité de nettoyeuse – et que, compte tenu de son âge et d'une faible maîtrise du français, il lui est difficile de trouver du travail. Elle se prévaut en outre de son diabète, qui la rend très faible, et des circonstances liées à l'accident qu'elle a subi le 5 mars 2008. Dans sa réponse du 25 mars 2010, l'OAI conclut au rejet du recours, se référant à ses précédentes écritures et précisant que la situation médicale a fait l'objet d'un examen approfondi par le SMR, qui a tenu compte de l'ensemble des atteintes à la santé de l'intéressée. 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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. 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 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à un trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (art. 28 LAI). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de

classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3 et 6; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 87/06 du 31 janvier 2007 consid. 3.3). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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 (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). 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 et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confident privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4). c) Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant – en cas d'indices d'une modification des effets économiques – une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b; 125 V 368 consid. 2; 112 V 372 consid. 2b; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1). 3. a) Dans le cas présent, par décision du 18 janvier 2008, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à la rente, estimant qu'elle disposait d'une pleine capacité de travail et de gain dans toute

activité lucrative. L'OAI s'était alors fondé sur un examen effectué par le Dr C. _____, qui n'avait retenu aucun diagnostic sur le plan psychiatrique dans un rapport du 5 novembre 2007. Le 2 septembre 2008, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations tendant à l'octroi d'une rente. Il convient dès lors d'examiner s'il y a eu, par rapport à la situation qui se présentait au moment de la décision du 18 janvier 2008, un changement des circonstances propre à justifier une modification du droit à la rente. b) L'assurée a fait l'objet d'un examen clinique orthopédique et psychiatrique au SMR, à la suite duquel les Drs D. _____ et C. _____, dans leur rapport du 14 septembre 2009, ont posé les diagnostics de gonarthrose primaire prédominante du compartiment interne et de séquelles d'une fracture intra articulaire du plateau tibial externe du genou gauche, sans retenir de diagnostic sur le plan psychique. Ces médecins ont retenu une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée depuis le 5 juin 2008. Sur le plan somatique, ce rapport d'examen du SMR intègre une anamnèse détaillée et rend compte d'une analyse complète du cas de l'assurée, en particulier le suivi médical consécutif à l'accident survenu le 5 mars 2008. Les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles retenues et l'appréciation médicale rendue sont dûment motivés, sans qu'aucune autre expertise médicale n'en contredise les conclusions. Répondant ainsi aux critères posés par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, le rapport du SMR convainc. L'obésité, l'hypertension artérielle et le diabète de type II étant sans incidence sur la capacité de travail, on retiendra donc qu'après une période d'incapacité de travail totale de trois mois consécutive au traitement chirurgical de son accident, l'assurée a recouvré une pleine capacité de travail dès juin 2008. Sur le plan psychique, le rapport d'expertise du SMR, sous la plume du Dr C. _____, convainc tout autant. L'assurée n'allègue du reste aucun suivi psychiatrique, et les observations émises en septembre 2008 par les psychiatres R. _____ et U. _____ de la PMU ne fondent en définitive aucun diagnostic clair. Ainsi, on retiendra avec le SMR que l'assurée ne présente pas de diagnostic avec répercussion sur sa capacité de travail dès lors qu'elle souffre certes d'une dépression chronique de l'humeur, mais sans que celle-ci atteigne un degré de sévérité qui puisse justifier le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Il n'y a donc pas d'aggravation de l'état de santé au sens de l'art. 17 LPGA. 4. a) Sur le plan économique, la recourante se borne à invoquer de graves difficultés à retrouver du travail, compte tenu de son état de santé et de sa situation personnelle. Selon la jurisprudence, le marché du travail est réputé offrir un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations fonctionnelles de la recourante (soit pas de port de charges supérieur à 10 kilos, de travaux accroupis ou à genoux ni de montée ou descente d'escaliers à répétition, de courts déplacements à plat étant possibles) et accessibles sans aucune formation particulière (TF 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.2; TF 9C_393/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.5; TF 9C_361/2008 du 9 février 2009 consid. 6.1). A cela s'ajoute que la mauvaise maîtrise de la langue française ne justifie pas de prise en charge par l'assurance-invalidité (TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4; TF 9C_45/2007 du 25 septembre 2007 consid. 5.2.1). Enfin, l'assurée, née en 1956, n'avait pas atteint l'âge à partir duquel ce facteur justifie de procéder à une approche concrète particulière du cas (TF 9C_104/2008 du 15 octobre 2008 consid. 4 et les références citées; TF 9C_355/2011 du 8 novembre 2011 consid. 4.4). En conséquence, l'assurée doit être reconnue capable d'exercer une activité adaptée à plein temps. b) La comparaison entre le revenu sans invalidité – qu'il soit déterminé selon l'ESS, comme retenu par l'OAI, ou selon l'extrait du compte individuel de l'assurée auprès de la CCVD – et celui, avec invalidité, qu'elle pourrait prétendre dans

une activité simple et répétitive dans le secteur privé selon l'ESS, conduit, comme retenu dans la décision attaquée, à un degré d'invalidité inférieur à 40%, excluant le droit à une rente d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI a contrario). Il en va de même si l'on tient compte d'un abattement maximum de 25% du revenu d'invalidité, solution la plus favorable à l'assurée (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; TF 9C_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 4.1), alors que l'OAI a retenu un taux de 15%. 5. Partant, fondée, la décision litigieuse doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours, rejet qui n'exclut pas que la recourante puisse le cas échéant requérir la révision de son droit aux prestations d'invalidité, en cas de péjoration de son état de santé médicalement attestée. 6. 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'AI 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 francs (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, 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; art. 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; cf. art. 61 let. g LPGA).

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