

VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 595 vom 30. März 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-03-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2011__595

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 595 du 30 mars 2011

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 595 del 30 marzo 2011

Regeste

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

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 30.03.2011 Arrêt / 2011 / 595

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

TRIBUNAL CANTONAL AI 26/11 - 266/2011 COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 mars 2011

Présidence de Mme Röthenbacher Juges : Mmes Di Ferro Demierre et Brélaz Braillard Greffier : M. Simon ***** Cause pendante entre : T. _____, à Bussigny-Lausanne, recourante, représentée par Me Claire Charton, avocate à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. _____ Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI En fait : A. L'assureur-maladie d'indemnités journalières [...] a déposé le 31 octobre 2008 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) un formulaire de communication de détection précoce en faveur de T. _____ (ci-après: l'assurée), née en 1957. L'assureur-maladie précité a remis à l'OAI un rapport du 6 octobre 2008 du Dr Z. _____, neurochirurgien et chef de clinique adjoint, retenant le diagnostic d'hernie discale L4-L5 droite et une incapacité de travail de 100% depuis le 31 juillet 2008 pour une durée de six semaines. Le 27 mars 2009, l'assurée a déposé auprès de l'OAI une demande de prestations AI, se prévalant d'hernie discale et de sciatique chronique, l'atteinte existant depuis septembre 2007. Elle a indiqué travailler à 50% en qualité d'employée d'entretien dans une entreprise à Crissier. Un extrait du compte individuel de l'assurée auprès de la caisse cantonale de compensation AVS a été versé au dossier, mettant en évidence pour 2008 un revenu de 8'398 fr. Dans un questionnaire rempli le 20 avril 2009, l'employeur a indiqué que l'assurée bénéficierait sans atteinte à sa santé d'un salaire à l'heure de 19 fr. 10, à raison de 43 heures par semaine, puis a notamment décrit l'activité exercée par l'intéressée. Dans un formulaire 531bis rempli le 21 avril 2009, l'assurée a déclaré que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 50% dans son activité habituelle d'employée d'entretien en raison de nécessité financière. Dans un rapport du 4 mai 2009, le Dr K. _____, médecin généraliste à Bussigny, a posé les diagnostics de lombosciatique droite apparue au printemps 2008, d'hémilaminectomie L4-L5 le 4 août 2008 pour hernie discale à droite et de récurrence de syndrome radiculaire irritatif non déficitaire en L5 droite post-opératoire d'origine indéterminée. Il a retenu une incapacité de travail de 100% depuis le 27 mai 2008, relevant que sa patiente ne pouvait effectuer son activité professionnelle en aucune manière, que les activités ménagères courantes ne pouvaient être effectuées de façon continue et que

le rendement était réduit "à 100% ". Il a retenu un pronostic défavorable et fait part, sur la base des résultats d'une IRM, de sa difficulté à expliquer la symptomatologie douloureuse, clairement décrite par la patiente. Le Dr K. _____ a déposé notamment les documents suivants: - Un rapport du 16 août 2007 du Centre d'imagerie diagnostique de Lausanne, retenant suite à un scanner lombaire, une discopathie avec protrusion discale circonférentielle partiellement calcifiée, une hernie discale médiane partiellement luxée vers le bas en L4-L5, à l'origine d'un rétrécissement principalement canalaire, une spondylo-discarthrose au même niveau et une discopathie plus modérée en L3-L4 et L5-S1. - Un rapport du 28 août 2008 du Centre universitaire romand de neurochirurgie, posant le diagnostic de syndrome radiculaire irritatif modérément déficitaire dans le sens d'une hypoesthésie L5 droite sur hernie discale L4-L5 droite. - Un rapport du 6 octobre 2008 dudit centre, relevant que l'évolution de l'assurée suite à la cure chirurgicale était mitigée étant donné la réapparition des douleurs irradiant dans le membre inférieur droit, puis suggérant des mesures thérapeutiques. - Un rapport du 20 février 2009 dudit centre, relevant ce qui suit: "Mme T. _____ présente une récurrence de son syndrome radiculaire irritatif non déficitaire en L5 D. Le bilan radiologique par IRM permet d'exclure une récurrence de son hernie L4-L5 D et met en évidence une prise de contraste au niveau L4-L5 compatible avec le tissu cicatriciel. Au vu de l'absence de récurrence, nous ne posons pas d'indication opératoire. Nous avons introduit 9 séances de physiothérapie et poursuivons le traitement antalgique que la patiente prend déjà. Nous ne prévoyons pas de revoir Mme T. _____ à notre consultation. [...]" - Un rapport du 5 mars 2009 du Dr M. _____, spécialiste FMH en neurologie à Lausanne, retenant la présence d'un syndrome lombovertébral modéré associé à une symptomatologie L5 droite irritative, non déficitaire, sans répercussions neuromyographiques pertinentes. Sur la base d'une IRM, il a exclu une récurrence de la hernie discale L4-L5 à droite et une compression sur la 5^{ème} racine lombaire droite, et constaté une relative fibrose cicatricielle en L4-L5. Il s'est également prononcé sur des solutions thérapeutiques. Le 12 mai 2009, le Dr N. _____, neurochirurgien et médecin assistant, a posé le diagnostic de hernie discale L4-L5 droite, signalé une récurrence des douleurs, puis retenu un bon pronostic et une capacité de travail entière, le rendement étant fonction des douleurs. Ce médecin s'est également prononcé sur les limitations fonctionnelles de l'assurée. Sur proposition du Service médical régional AI (ci-après: le SMR), l'assurée a été soumise à un examen clinique rhumatologique, effectué le 8 septembre 2009 par le Dr W. _____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine physique et rééducation au SMR. En date du 7 octobre 2009, ce médecin a posé le diagnostic de lombosciatalgie D, non-irritative, non déficitaire, persistante après cure de hernie discale L4-L5, de discarthrose avancée L4-5, composante disco-ostéophyttaire médiane, puis retenu une capacité de travail exigible de 50% dans une activité adaptée, susceptible d'amélioration, depuis début février 2009. Ce médecin a ensuite retenu notamment ce qui suit: "Lors de l'entretien, l'assurée précise son activité professionnelle: Mme T. _____ a travaillé à 50 % dans les nettoyages d'entreprises, depuis 1999 et depuis janvier 2008 pour [...] SA. L'assurée devait nettoyer les bureaux, les toilettes, devait sortir des sacs de poubelles comportant du papier recyclé. Elle estime le port de charges à 15-20 kg, le port de charges paraît surestimé pour une femme de 52 ans. Madame T. _____ n'a pas réussi à reprendre son activité professionnelle depuis le 27.05.2008, aux dires de l'assurée, elle n'aurait effectué qu'un seul essai de reprise en octobre, soldée par un échec après une 1/2 journée. L'assurée décrit la persistance d'une douleur du membre inférieur D partant depuis la fesse, irradiant à la face latérale de la cuisse et de la jambe D, mais n'irradiant pas distalement

dans le pied. La distribution de la douleur ne permet pas d'affirmer une radiculalgie L5, on s'attendrait à ce que la douleur irradie de façon typique jusqu'au gros orteil. L'assurée a clairement une douleur qui est mécanique et non neurogène, la douleur apparaissant lorsqu'elle se met en station debout, elle n'a pas de douleurs nocturnes. Ce caractère atypique a déjà été relevé par le médecin-traitant, et pour l'instant les recherches sur l'étiologie n'ont pas permis de définir une structure responsable des douleurs annoncées par l'assurée. Dans les diagnostics différentiels, on peut retenir une douleur référée articulaire postérieure, ou encore une douleur référée à partir de la hanche. L'assurée dit rester couchée 2 à 3 heures par jour, ne fait pratiquement rien dans son ménage en raison d'une exacerbation des douleurs. L'assurée se décrit très limitée, avec une tolérance en station debout ou à la marche de 15 minutes. Elle prend quotidiennement un traitement de Lyrica® et de Dafalgan®. L'assurée a eu deux injections épidurales effectuées par le Dr B. _____, il n'y a pas eu d'effet sur les douleurs. A l'examen clinique, l'assurée évite de se mettre en flexion du tronc, les transferts couché-assis sont précautionneux. La vitesse de marche est normale avec une légère boiterie D. Elle est capable de rester assise pendant 40 minutes, est par moment inconfortable, mais ne se lève pas. L'examen de médecine interne montre une pré-obésité, une TA diastolique élevée à 110 mmHg, sous traitement de Fludex®. Il est demandé à l'assurée de faire à nouveau contrôler sa TA par son médecin-traitant, elle doit le voir prochainement. Il n'y a pas de signes cliniques orientant vers une pathologie coxo-fémorale. On arrive à reproduire en partie la douleur en mettant sous tension le moyen-fessier D et à la palpation en regard de la crête iliaque; il n'y a pas de douleurs à la palpation rétrotrochantérienne. Les points de Smythe sont négatifs à la recherche d'une fibromyalgie. Au niveau du rachis, l'assurée a un relâchement de la sangle abdominale, une tendance à l'hyperlordose, il n'y a pas de scoliose antalgique. La mobilité est légèrement limitée tant en flexion qu'en extension avec un indice de Schober de + 3 cm, contre les 4-5 cm attendus. La douleur au niveau de la fesse D est reproduite en station debout par un mouvement associant une rotation et une extension, évoquant une composante articulaire postérieure du côté D. La palpation est douloureuse sur les trois derniers étages lombaires, étonnamment prédominant en L5, l'étage sous-jacent au lieu où se trouvait la hernie discale. La tension musculaire lombaire est marquée, douloureuse du côté D. Au vu de la mobilité spontanée, de la mobilité active, nous retenons un syndrome rachidien léger. Très clairement, il n'y a pas de sciatique irritative, la manoeuvre de Lasègue à 70° réveille une douleur dans la fesse, mais aucune irradiation plus distalement; la manoeuvre de Lasègue en position assise est quasi asymptotique. Il n'y a pas non plus de cruralgie irritative. Le score de Waddell est négatif pour les signes de non-organicité. La lecture du dossier radiologique montre une volumineuse hernie discale L4-5 paramédiane luxée vers le bas en juin 2008; il s'y associe une discarthrose modérée. L'IRM post opératoire de février 2009 met en évidence la persistance d'un matériel disco-ostéophytaire paramédian droit, le pincement discal dans le contexte de discarthrose s'est péjoré. La volumineuse hernie discale a été réséquée. Il n'y a pas de troubles dégénératifs postérieurs conséquents. En conclusion, l'assurée présente des douleurs du membre inférieur D chroniques, clairement de type mécanique, une pseudo-sciatalgie D, ceci sans atteinte irritative ou déficitaire résiduelle. Il persiste un syndrome rachidien que nous qualifierons de léger. La hernie discale a été réséquée, il persiste une discarthrose L4-5 avancée avec une composante disco-ostéophytaire entrant en contact avec le sac duraI. Sur le plan thérapeutique, nous laissons le soin au Dr B. _____ de revoir à sa prochaine consultation d'octobre 2009, s'il retrouve la douleur élective lors de mise sous tension des articulaires

postérieurs du côté D. Si c'est le cas, une infiltration à visée diagnostique et thérapeutique des articulations postérieures en L4-L5 ou L5-S1 D pourrait être effectuée. En cas de non réponse au traitement d'antalgie, un nouvel avis neurochirurgical sur la participation de la discarthrose avancée L4-5 et de la composante disco-ostéophytaire médiane nous semble indiqué. Sur le plan des capacités fonctionnelles, nous retenons une certaine discordance entre les allégations de l'assurée, se décrivant très limitée et les constatations radio-cliniques objectivables. L'assurée est en train de développer à présent une kinésiophobie, elle passe 2 à 3 heures par jour en position couchée, favorisant le déconditionnement secondaire. Elle a pris par ailleurs 12 kg depuis l'arrêt de travail. Les limitations fonctionnelles Rachis lombaire: pas de mouvements répétés de flexion-extension, pas d'attitude en porte-à-faux, pas de port de charges au-delà de 5-7 kg, pas de position statique debout au-delà de 20 minutes, assis au-delà de 1 heure. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? Dans l'activité physiquement contraignante d'employée dans les nettoyages, il existe une incapacité totale depuis le 27.05.2008. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? L'incapacité de travail est restée stationnaire dans cette activité physiquement modérément contraignante, ne respectant pas les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis décrites. Concernant la capacité de travail exigible, Elle est déterminée par la tolérance du rachis lombaire aux contraintes mécaniques. Dans une activité adaptée respectant toutes les limitations fonctionnelles, l'exigibilité actuelle est de 50 %, l'état de santé ne peut être considéré comme totalement stabilisée. Une réévaluation du cas sur dossier est à faire d'ici 6 mois avec les nouvelles consultations spécialisées à disposition". Dans un rapport médical SMR du 22 octobre 2009, le Dr D. _____ a repris les diagnostics et conclusions du Dr W. _____. Une enquête économique sur le ménage a été effectuée au domicile de l'assurée par un enquêteur de l'OAI. Dans un rapport du 9 février 2010, l'OAI a mis en évidence que l'assurée présentait dans son activité de ménagère (alimentation, entretien du logement, emplettes et courses diverses, lessive et entretien des vêtements, divers), exercée à 50%, un taux d'empêchement de 27.10%. B. Dans un projet de décision du 3 mars 2010, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à une rente. Se référant à un revenu d'invalidé de 23'763 fr. 23 – selon l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS) en 2009 dans des activités simples et répétitives, pour un taux de 50% et avec un abattement de 10% – et à un revenu sans invalidité de 26'403 fr. – dans l'ancienne activité, selon l'ESS – l'OAI a mis en évidence un degré d'invalidité pour la part active de 10%. Compte tenu des empêchements de 27.10% dans la part de ménagère, exercée à 50%, l'OAI a retenu un degré d'invalidité global de 18.55%. Les 19 et 22 avril 2010, par son mandataire, l'assurée a contesté ce projet de décision, se prévalant d'un empêchement de 10% dans la part active et de 74.6% dans la part de ménagère, puis d'un degré d'invalidité global supérieur à 40%. L'OAI a procédé à une nouvelle enquête économique sur le ménage au domicile de l'assurée par un enquêteur de l'OAI. Dans un rapport du 27 mai 2010, l'OAI a mis en évidence que l'assurée présentait dans son activité de ménagère (alimentation, entretien du logement, emplettes et courses diverses, lessive et entretien des vêtements, divers), exercée à 50%, un taux d'empêchement de 42.55%. L'OAI a motivé les empêchements dans les différentes activités sur la base des limitations fonctionnelles retenues par le SMR et de l'aide apportée par le mari de l'assurée. Dans un avis médical SMR du 1 er septembre 2010, les Drs V. _____ et C. _____ se sont prononcés comme suit au sujet du rapport d'enquête du 27 mai 2010: "En l'absence de pathologie psychiatrique, les empêchements ménagers sont déterminés par une enquête à domicile, et

non par le SMR. En l'occurrence, l'enquête du 27.5.2010 retient un empêchement de 42,55%. Ce chiffre nous paraît surévalué au vu des limitations fonctionnelles médicales. Par exemple: sous chiffre 6.2, Alimentation, l'empêchement de 40% ne repose sur aucune limitation objective. Il est assez clair pour nous que l'assurée pourrait préparer les repas et nettoyer la cuisine sans aide. Sous chiffre 6.3, entretien du logement, il n'y a pas de raison que l'assurée ne puisse pas passer l'aspirateur. Cette activité ne nécessite pas de gros effort et peut se faire en position ergonomique. De même, sous chiffre 6.5, lessive et entretien des vêtements, le repassage devrait être possible soit debout soit assis; mettre le linge dans une machine, même basse, peut se faire en épargne du dos par flexion des membres inférieurs".

Par décision du 1^{er} décembre 2010, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à une rente, se référant aux mêmes motifs que ceux de son projet de décision. Dans un courrier du même jour, l'OAI a expliqué que les arguments de l'assurée et le réexamen du dossier ne faisaient pas apparaître des éléments n'ayant pas été pris en considération dans l'évaluation des empêchements ménagers, de sorte qu'il y avait lieu de s'en tenir au rapport d'enquête à domicile du 9 février 2010. Concernant la reprise d'une activité professionnelle adaptée, il a retenu que rien ne permettait de s'écarter des conclusions du rapport SMR du 7 octobre 2009. C. Par acte du 21 janvier 2011 de son mandataire, T. _____ fait recours au Tribunal cantonal et conclut à la réforme de la décision du 1^{er} décembre 2010 de l'OAI dans le sens de l'octroi d'une rente entière à compter du 1^{er} décembre 2008, subsidiairement à l'annulation de cette décision et au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle décision. L'assurée soutient que la possible reprise d'une activité adaptée à son état de santé confine à l'arbitraire et qu'elle ne peut pas, compte tenu de son âge et de sa situation personnelle, trouver un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles, de sorte qu'une perte de gain totale doit être retenue dans la part active. Sans remettre en cause la pondération du champ d'activité prise en compte pour la répartition des différentes tâches ménagères, elle conteste le taux d'empêchement retenu pour accomplir certaines tâches (alimentation, entretien du logement, emplettes et courses diverses, lessive et entretien des vêtements, divers) et se prévaut d'un taux d'empêchement de 65.25% dans la part de ménagère. En outre, elle conteste présenter une capacité de travail de 50% telle que retenue par le Dr W. _____ et allègue que son état de santé s'est récemment détérioré. Dans sa réponse du 8 mars 2011, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il fait valoir qu'un nombre significatif d'activités sont adaptées au handicap de l'assurée et que le dossier a été examiné par un spécialiste en réinsertion professionnelle, puis renvoie à ses précédents arguments s'agissant des empêchements ménagers. 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 – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 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). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas, notamment, du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), 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, qui s'applique aux recours et

contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). S'agissant d'une contestation relative à une rente d'invalidité, la valeur litigieuse est manifestement supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 er in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, 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. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. 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 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

c) Cela étant, selon la Haute Cour, 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 confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). 3. En premier lieu, la recourante conteste présenter une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, puis soutient qu'elle ne pourra pas retrouver du travail dans une activité répondant à ses limitations fonctionnelles, compte tenu de sa situation personnelle. a) 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 la question 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'oeuvre (TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références citées, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGa, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_701/2009 du 1^{er} mars 2010 consid. 3.2.3). D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (TF 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence citée; TF 9C_701/2009 du 1^{er} mars 2010 consid. 3.2.4). 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_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5; VSI 1998 p. 293). b) Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (TF

9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5; TF 9C_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2; TF 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4). 4. a) En l'espèce, sur proposition du SMR, l'assurée a été soumise à un examen médical effectué par le Dr W._____, spécialisé en rhumatologie. Dans son rapport du 7 octobre 2009, ce médecin a posé le diagnostic de lombosciatalgie D, non-irritative, non déficitaire, persistante après cure de hernie discale L4-L5, de discarthrose avancée L4-5, composante disco-ostéophyttaire médiane, puis retenu une capacité de travail exigible de 50% dans une activité adaptée, susceptible d'amélioration, depuis début février 2009. On ne voit pas de raison de s'écarter des conclusions de ce médecin, corroborées par les autres données médicales figurant au dossier et dont le rapport complet et détaillé répond aux critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. La recourante ne se fonde du reste sur aucune pièce médicale permettant de contester les conclusions du Dr W._____. On retiendra donc, conformément à l'avis de ce médecin, que l'assurée présente dans son activité lucrative une capacité de travail de 50% dans un travail adapté à ses limitations fonctionnelles. Cela étant, le Dr W._____ a précisé qu'une amélioration de la capacité de travail était possible, sur la base de nouvelles investigations médicales; il n'y a cependant pas lieu d'en tenir compte, dès lors que cette modification ne permettrait pas de modifier l'issue du litige, ainsi qu'on le verra plus loin. b) Les limitations fonctionnelles de l'assurée – pas de mouvements répétés de flexion-extension, pas d'attitude en porte-à-faux, pas de port de charges au-delà de 5-7 kg, pas de position statique debout au-delà de 20 minutes, assis au-delà de 1 heure (rapport du 7 octobre 2009 du Dr W._____) – ne sont pas telles que l'activité légère exigible de la part de la recourante ne pourrait être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son existence supposerait des concessions irréalistes excluant de trouver un emploi correspondant. Si ces limitations fonctionnelles peuvent de prime abord sembler conséquentes, elles représentent en fait les mesures classiques d'épargne en vue d'éviter les douleurs provoquées par une pathologie de la colonne vertébrale, ce qui est le cas de l'assurée (pour un cas similaire: TF 9C_713/2009 du 22 juillet 2010 consid. 3.3). Âgée de 53 ans au moment de la décision litigieuse, la recourante n'avait pas encore atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré. Si les restrictions induites par ses limitations fonctionnelles et son éloignement prolongé du marché du travail peuvent limiter dans une certaine mesure ses possibilités de retrouver un emploi, on ne saurait considérer qu'ils rendent cette perspective illusoire. Le marché du travail offre en effet 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. A titre d'exemples, on peut citer des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle (TF 9C_713/2009 du 22 juillet 2010 consid. 3.4). Au surplus, il n'appartient pas à l'assurance-invalidité de répondre des difficultés de la recourante pour trouver un emploi approprié liées à ses éventuels problèmes de langue ou à son manque de formation professionnelle. S'il est vrai que de tels facteurs – étrangers à l'invalidité – 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 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 (ATF 107 V 17 consid. 2c; TF I 1082/06 du 24 septembre 2007 consid. 2.2 et les

autres références citées). c) On doit donc admettre que l'assurée peut travailler dans une activité adaptée à 50%, correspondant à la part active. Pour le surplus, la recourante ne conteste pas le calcul de comparaison des revenus, qui a été effectué par l'OAI selon les critères établis par la jurisprudence (TF 8C_125/2010 du 2 novembre 2010; TF 8C_235/2010 du 4 novembre 2010); l'abattement de 10% paraît approprié au vu des différents paramètres à prendre en considération (TF 9C_1078/2009 du 12 juillet 2010 consid. 5; TF 9C_713/2009 du 22 juillet 2010 consid. 4). Dès lors, conformément à la décision attaquée, on retiendra que le degré d'invalidité dans la part active est de 10%. 5. La recourante, qui déclare ne pas remettre en cause la pondération du champ d'activité prise en compte pour la répartition des différentes tâches ménagères, conteste le taux d'empêchement retenu pour accomplir certaines tâches. a) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations: méthode générale de la comparaison des revenus (art. 16 LPGGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique (ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte (ATF 130 V 393, 125 V 146). Le choix entre ces méthodes dépend du statut de l'intéressé: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI), assuré sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI) et assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (art. 28a al. 3 LAI); est en principe déterminante l'activité qu'exercerait l'assuré, s'il n'était pas atteint dans sa santé (ATF 130 V 396 consid. 3.3, 117 V 194 consid. 3b et les arrêts cités, RCC 1989 p. 125). Conformément à l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGGA s'applique à l'évaluation des assurés qui, sans atteinte à la santé, exerceraient une activité lucrative à temps complet; il dispose que pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé 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. Selon l'art. 28a al. 2 LAI, l'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (TF I 288/06 du 20 avril 2007 consid. 3.2). Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré selon la méthode mixte, 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 (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec les art. 27bis RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201] et 16 LPGGA, ainsi que l'art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGGA). L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 130 V 393 consid. 3.3). b) Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacun des travaux habituels conformément aux chiffres 3084 ss de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (CIIAI). Le Tribunal fédéral a admis la conformité de cette pratique administrative aux art. 5 al. 1 LAI et 27 al. 1 et 2 RAI (TF 9C_467/2007 du 19 mars 2008 consid. 3.3 et les arrêts cités). Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans

l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport d'enquête ménagère, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place.

Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93, TF 9C_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2; TF 9C_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3). La part en pour-cent de l'activité ménagère accordée à chacun des postes en fonction de l'échelonnement selon le ch. 3095 CIIAI relève du pouvoir d'appréciation, qui dépend d'une évaluation des circonstances concrètes de la situation en cause (TF 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.1 et les références citées).

c) Toujours selon la jurisprudence, la fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé au regard des circonstances concrètes du cas d'espèce. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements subis dans les activités habituelles (TF I 561/06 du 26 juillet 2007 consid. 5.2.2; TFA I 794/04 du 1^{er} mai 2006 consid. 6; TFA I 249/04 du 26 juillet 2004 consid. 5.1.1; TFA I 155/04 du 28 février 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). Les empêchements de la personne assurée doivent être évalués en tenant compte de l'aide que l'on peut exiger des proches au titre de l'obligation de réduire le dommage (ATF 130 V 97 consid. 3.2, 123 V 230 consid. 3c et les références citées, TF I 561/06 du 26 juillet 2007 consid. 5.2.1).

6. a) En l'espèce, la recourante ne conteste pas l'application de la méthode mixte ni les parts (de 50% chacune) de l'activité lucrative et de l'activité de ménagère, qui correspondent aux pièces versées au dossier et aux déclarations de l'intéressée. Les critiques émises par la recourante au sujet de l'enquête économique diligentée par l'OAI sont sans pertinence. Le rapport du 9 février 2010 – élaboré par une personne qualifiée ayant connaissance de la situation locale et spatiale ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux – tient compte des indications de l'assurée et est rédigé de façon motivée, précise et complète. La recourante paraît méconnaître la jurisprudence selon laquelle, au titre du devoir de l'assuré de diminuer le dommage avant de pouvoir requérir des prestations de l'AI, l'aide de la famille peut être requise s'agissant du ménage. En l'occurrence la recourante peut compter sur l'aide de son mari et ses deux enfants sont adultes. En outre, malgré les critiques formulées par la recourante au sujet des empêchements dans les différentes tâches ménagères, on ne saurait dire que ce rapport comporte des erreurs manifestes. Il n'y a donc pas lieu de remettre en cause ce rapport d'enquête ménagère, qui a donc valeur probante au sens des critères reconnus en la matière par la jurisprudence. Cela étant, une nouvelle enquête ménagère a été mise en œuvre par l'OAI, ayant abouti au rapport du 27 mai 2010, suite aux arguments présentés par l'assurée dans le cadre de son droit d'être entendue. On ne voit cependant pas de raisons de faire abstraction du rapport du 9 février 2010 – qui a valeur

probante – pour se fonder sur ce second rapport d'enquête, qui ne constitue qu'une appréciation différente d'une même situation. Le taux d'empêchement de 42.55% dans l'activité de ménagère retenu par le rapport du 27 mai 2010 est du reste remis en cause par le SMR (rapport du 1^{er} septembre 2010 des Drs V. _____ et C. _____), de sorte que la pertinence du premier rapport d'enquête n'est nullement infirmée. b) Compte tenu d'un taux d'empêchement respectif de 10% et de 27.10% dans les parts active et ménagère, le degré d'invalidité s'élève à 5% pour la part active (50% x 10%) et à 13.55% (50% x 27.10%) pour la part ménagère, soit au total à 18.55%. Il s'ensuit que la recourante n'a pas droit à une rente d'invalidité, ce taux étant inférieur au degré minimal de 40% donnant droit à un quart de rente (art. 28 al. 2 LAI). Il en va de même si on devait retenir que l'assurée présente une capacité de travail résiduelle supérieure à 50% dans son activité lucrative en raison d'une amélioration de son état de santé, évoquée par le Dr W. _____ (consid. 4a supra). Par ailleurs, même si l'on se fondait sur la deuxième enquête économique diligentée par l'OAI, le recours devrait également être rejeté, dès lors que le degré d'invalidité global, compte tenu des empêchements de 42.55% dans l'activité de ménagère (exercée à 50%), serait de 26.28% (50% x 42.55 = 21.28% pour la part ménagère et 5% pour la part active). Quant aux autres arguments présentés par la recourante, ils ne permettent pas de remettre en cause l'issue de ce qui précède. 7. a) 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 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais de procédure doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe. b) Vu l'issue du litige, 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). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 1^{er} décembre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de la recourante T. _____. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Claire Charton, avocate à Lausanne (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). Le greffier :

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