

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 856 vom 16. Februar 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-02-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2011\\_\\_856](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2011__856)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 856 du 16 février 2012

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 856 del 16 febbraio 2012

## Regeste

DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, INVALIDITÉ{INFIRMITÉ}, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ | 28 LAI, 4 LAI, 17 al. 1 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

## Erwägungen

### E. 1

a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité [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. 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). La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et est conforme aux exigences légales; il est donc recevable en la forme. b) S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence 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).

### E. 2

Au moyen d'un préavis, l'office AI communique à l'assuré toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée. L'assuré a le droit d'être entendu, conformément à l'art. 42 LPGA (art. 57a al. 1 LAI). Les parties peuvent faire part à l'office AI de leurs observations sur le préavis dans un délai de 30 jours (art. 73ter al. 1 RAI [règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961; RS 831.201]). La motivation de la décision de l'office AI tient compte des observations qui ont été faites par les parties sur le préavis, pour autant qu'elles portent sur des points déterminants (art. 74 al. 2 RAI). L'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (art. 49 al. 1 LPGA). Depuis l'entrée en vigueur de la loi fédérale du 16 décembre 2005, le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances (art. 69 al. 1 let. a LAI). La procédure d'opposition n'a plus cours pour l'assurance-invalidité (Valtério, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Commentaire thématique,

2011, p. 826 notes infrapaginales 3848 et 3850). En l'espèce, la recourante reproche en bref à l'intimé de n'avoir pas respecté l'art. 52 LPGA. Ce faisant, elle perd de vue que les mesures de simplification de la procédure en matière d'assurance-invalidité ont supprimé la procédure d'opposition et l'ont remplacée par l'envoi d'un préavis (ou projet de décision), sur lequel l'assuré peut faire connaître ses objections dans les 30 jours pour en permettre le réexamen par l'autorité, avant qu'un juge ne soit éventuellement saisi; la décision formelle rendue ensuite par l'office AI doit être directement contestée devant l'autorité cantonale de recours. C'est ainsi à juste titre que l'intimé a tout d'abord adressé un projet de décision à la recourante, a examiné ses griefs, puis a notifié une décision formelle sujette à recours devant la cour de céans. Le grief de la recourante relatif à la procédure suivie est donc infondé.

### **E. 3**

En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 c. 2c; ATF 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53). En l'espèce, le droit à une rente ordinaire d'invalidité entre le 1er janvier 2006 et le 30 avril 2006 n'est pas en cause. Est seule litigieuse la capacité de travail résiduelle dont la recourante bénéficie depuis le 1er mai 2006 jusqu'au jour où la décision attaquée a été prise.

### **E. 4**

a) Le droit à une rente d'invalidité (art. 28 LAI) suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 LAI). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'art. 8 LPGA mentionne qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de travail, 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 (art. 6 LPGA). 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. L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 %, à une demie rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (art. 28 LAI). 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également 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 de l'expert soient dûment 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; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1 et 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). L'assureur social est tenu, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (TF I 129/02 du 29 janvier 2003; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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 peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient 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; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc précité). S'il existe des avis contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

c) 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 (art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 c. 4.3.1). L'AI dispose de quatre méthodes d'évaluation différentes (nn. 3001 ss CHAI [Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, valable dès le 1er janvier 2010]). La méthode générale de comparaison des revenus est applicable à toutes les personnes exerçant une activité lucrative et aux assurés dont on pourrait raisonnablement attendre qu'ils en exercent une; le taux d'invalidité est déterminé par la comparaison de deux revenus de l'activité lucrative raisonnablement exigible : celui d'avant et celui d'après la survenance de l'atteinte à la santé. La méthode mixte s'applique aux personnes qui, parallèlement à une activité lucrative à temps partiel, exercent aussi une autre activité (p. ex. le ménage, des études); le taux d'invalidité sera déterminé par comparaison des revenus pour l'activité lucrative, et par la comparaison des champs d'activités pour l'activité ménagère. En principe, le taux d'invalidité sera établi sur la base d'une comparaison des revenus; ce n'est que lorsqu'une détermination selon cette méthode s'avère impossible que

l'on en choisira une autre (ch. 3002 CIIAI). d) 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 (art. 17 al. 1 LPGA). Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA et doit être examinée à l'aune de cette disposition (ATF 125 V 413 consid. 2d p. 417 s. et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b).

## **E. 5**

La recourante expose en substance que son état de santé ne s'est pas amélioré et qu'elle ne peut assurer une concentration adéquate et être en mesure d'effectuer correctement son travail d'enseignante. La recourante rappelle ses difficultés d'orientation spatio-temporelles, en se fondant sur l'appréciation faite le 25 mai 2009 par le Dr K. \_\_\_\_\_, qui reprend celle formulée le 12 juin 2006 par le Dr W. \_\_\_\_\_, selon lesquelles la recourante souffre de troubles de la concentration, de difficultés à supporter le froid ainsi que d'une photophobie et une phonophobie parallèle aux céphalées. En outre, la recourante relève que les médecins précités ont mis en évidence des déficits de la mémoire à court terme, des faiblesses de l'intégration auditive, un léger déséquilibre de la balance inhibition-impulsivité, des troubles de l'attention soutenue et une certaine fatigabilité.

## **E. 6**

a) La réponse à la question de savoir à quel taux d'activité la personne assurée travaillerait sans atteinte à la santé dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles (ATF 130 V 393 consid. 3.3 p. 396). Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui, en tant que fait interne, ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (TF 9C\_62/2011 du 16 août 2011 consid. 4.1; TF 9C\_399/2008 du 5 mai 2009 consid. 4.1; TF 9C\_667/2007 du 12 juin 2008 consid. 3.1). b) En l'espèce, la déclaration d'accident LAA du 16 janvier 2004 par le Gymnase [...] mentionne que la recourante avait un taux d'occupation de 40,90% (9 périodes hebdomadaires par rapport à un temps complet de 22 périodes). Le questionnaire rempli le 19 mars 2007 par l'employeur indique que la recourante travaille en qualité d'enseignante au gymnase dès le 1<sup>er</sup> août 1988 avec un taux d'occupation identique de 40,90%. Toutefois, le rapport d'enquête économique sur le ménage du 15 novembre 2007 rapporte les explications de la recourante selon lesquelles celle-ci travaillerait à 50%, à raison de 9 à 12 périodes

hebdomadaires comme enseignante, ce qui représente un taux d'occupation de 47%, auquel s'ajoute chaque année en plus de l'horaire habituel divers remplacements de collègues en congé à raison de 3 périodes d'enseignement par semaine pendant 3 mois, soit un taux d'occupation de 3%, si bien que le taux d'activité est en définitive de 50%. L'office intimé ne remet pas en cause le fait qu'en réalité, le taux d'occupation de la recourante serait de 50% si celle-ci était en mesure d'exercer son métier d'enseignante au gymnase. Il convient dès lors de se fonder sur ce degré d'activité professionnelle. La recourante se consacrait pendant son autre mi-temps à la tenue du ménage, si bien que la méthode mixte est applicable. c) Les experts du D. \_\_\_\_\_ ont posé, le 25 juin 2008, les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de status après accident de ski (3 janvier 2004) ayant entraîné une fracture malaire et un hématosinus, de TCC mineur avec commotion cérébrale et probable distorsion cervicale simple, de syndrome post-commotionnel/post-distorsion cervicale avec troubles neuropsychologiques modérés et de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2). Du point de vue strictement neurologique, les experts ont retenu qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail dans l'activité exercée préalablement par la patiente ainsi que dans tout autre activité potentiellement exigible. Sur le plan psychique, ils ont constaté l'existence d'un trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2), qui est d'intensité modérée, qui s'il était isolé, serait sans répercussion notable sur la capacité de travail, mais qui cumulé aux troubles douloureux et cognitifs modérés renforce légèrement ces derniers. L'examen neuropsychologique effectué par le D. \_\_\_\_\_, environ quatre ans après l'accident, a mis en évidence un ralentissement dans les tests chronométrés, des rendements déficitaires dans les épreuves testant la mémoire de travail en modalité auditivo-verbale. Les difficultés mises en évidence sont toutefois d'intensité légère à modérée et ne corroborent que partiellement les plaintes évoquées par l'expertisée. Comparativement au dernier bilan neuropsychologique effectué le 12 juin 2006 par le Prof. W. \_\_\_\_\_, l'expert note une normalisation de la mémoire à court terme en modalité visuo-spatiale, la persistance d'une altération de la mémoire de travail et de la vitesse de traitement et un fléchissement des aptitudes mnésiques de fixation de données auditivo-verbales, décrites comme excellentes en 2006, le restant de l'examen étant superposable. Etant donné l'objective modération des difficultés cognitives mises en évidence, une capacité de travail résiduel est envisageable. L'expert retient toutefois, sur la base de son examen et de l'examen neuropsychologique précédent, une atteinte de la mémoire de travail et une légère baisse de la vitesse de traitement susceptibles d'entraîner une légère diminution de rendement de l'activité professionnelle exercée jusqu'ici, en raison de l'aménagement de stratégie compensatoire qu'elle nécessiterait. La neuropsychologue conclut en définitive que la recourante présente théoriquement une capacité de travail dans l'activité d'enseignante de 70% sur un 100%, mais qu'il est toutefois peu probable que cette capacité de travail puisse être mise en oeuvre dans le contexte global et qu'une activité adaptée sans enseignement direct paraît préférable. En ce qui concerne l'activité de femme au foyer, l'assurée présente également un taux d'activité résiduelle de 70% d'un 100%; l'incapacité de travail se manifestant essentiellement sous la forme d'une perte de rendement. Après avoir examiné l'assurée sur les plans neurologiques, psychiques et neuro-psychologiques, les experts du D. \_\_\_\_\_ ont constaté que l'activité d'enseignante exercée jusqu'ici par la recourante pourrait théoriquement être exercée au même taux que préalablement (réd. 50%) en tenant compte d'une perte de rendement de 30% (réd. sur un 100%). Ils constatent toutefois qu'il est peu probable que la capacité de travail médico-théorique puisse être en pratique mise en oeuvre dans l'activité d'enseignante (face à

de jeunes élèves) vu la persistance de troubles cognitifs modérés. Les limitations en relation avec les troubles constatés sont sur le plan physique des plaintes à caractère post-commotionnel/post-distorsion cervical et trouble neuropsychologique modéré. Sur le plan psychique et mental, le trouble anxieux et dépressif mixte aggrave légèrement les symptômes post-commotionnel et post-distorsion cervicale. Une activité dépourvue d'enseignement en classe serait donc indiquée. Ils concluent en définitif qu'une activité adaptée ne comportant pas de contact régulier avec des élèves serait souhaitable. Dans ce genre d'activité, l'assurée présente une capacité de travail de 70%. d) Tenant compte de la situation concrète pour définir les conséquences du déficit cognitif de la recourante, le Prof. W. \_\_\_\_\_, a constaté le 12 juin 2006 que la situation d'examen neuropsychologique était considérablement plus confortable que la situation de stimulation multiple qu'on rencontre dans une classe de jeunes élèves, raison pour laquelle il estime qu'il serait légitime de considérer une baisse de rendement de 25% sur un 50% comme un seuil réel d'invalidité pour la profession exercée par la patiente. Le Prof. W. \_\_\_\_\_ n'a toutefois pas examiné la capacité de travail de l'assurée dans une activité plus adaptée à ses limitations fonctionnelles. e) Contrairement à ce que l'OAI a retenu, les avis du Prof. W. \_\_\_\_\_ et de la neuropsychologue du D. \_\_\_\_\_, Mme [...], ne sont pas concordants, le Prof. W. \_\_\_\_\_ retenant une capacité de travail de 25% pour un taux d'activité de 50% (soit une incapacité de 50 % sur un taux de 100%) dans l'activité d'enseignante et les experts du D. \_\_\_\_\_ une capacité de travail de 70% pour un taux de 100% dans une activité adaptée. A la lecture du rapport d'expertise du D. \_\_\_\_\_ du 25 juin 2008, on constate que l'investigation neuropsychologique est convaincante. Les plaintes de la recourante ont été prises en compte, l'examinatrice a testé la mémoire, le comportement, l'orientation temporo-spatiale, le langage, le graphisme, le calcul, les praxies, les gnosies, les fonctions exécutives, l'attention et l'efficacité intellectuelle. En outre, neuf questionnaires d'autoévaluation ont été effectués. Une observation prolongée, tel que le propose le Dr K. \_\_\_\_\_, ne modifiera ni la perception subjective de la recourante, ni les conclusions objectives sur l'importance du handicap, basées sur un examen approfondi qui a lui-même duré plusieurs heures consécutives. Le rapport du Dr S.W. \_\_\_\_\_ au Dr K. \_\_\_\_\_ du 10 juillet 2009 reprend l'histoire clinique depuis l'accident. Le statut neurologique détaillé ne montre aucune anomalie significative. Dans la synthèse, le Dr S.W. \_\_\_\_\_ évoque des hypothèses expliquant la chronicisation: l'impression que la prise en charge initiale n'avait pas été suffisante et les querelles asséurologiques. Il s'agit de facteurs non médicaux. Il conclut qu'il lui est impossible de se prononcer sur la capacité de travail. Ce rapport ne contient aucun élément de nature à remettre en question les conclusions de l'expertise du D. \_\_\_\_\_. Il s'ensuit que l'appréciation des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail faite par les experts sur la base de l'expertise pluridisciplinaire est probante. Le Prof W. \_\_\_\_\_ ne s'est au demeurant pas déterminé sur une capacité de travail dans une activité adaptée, soit dans un domaine d'activité potentiellement moins stressant. Il a simplement tenu compte du contexte dans lequel la recourante travaillait pour retenir une capacité de travail de 25% sur un 50%. Compte tenu des griefs invoqués et de l'état du dossier, la mise en œuvre d'examens médicaux complémentaires visant à déterminer la capacité de travail résiduelle de l'intéressée n'apparaît pas nécessaire dans la présente affaire. En effet, de telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2; TF 9C\_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. f) Les experts du

D. \_\_\_\_\_ ont en définitif estimé que la capacité de travail de 70 % de la recourante était peu probable dans son activité habituelle d'enseignante et qu'il fallait plutôt retenir une capacité de travail de 70% dans une activité mieux adaptée (sans enseignement à des classes). Dans la mesure où les experts du D. \_\_\_\_\_ ont conclu à une capacité de travail de 70% non pas dans toute activité comme le soutient l'OAI, mais dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée, savoir dans un domaine administratif plutôt que dans l'enseignement, l'OAI ne pouvait calculer le préjudice économique en réduisant, pour la part active, de 30% le salaire que percevait la recourante en tant qu'enseignante. Il apparaît ainsi que l'évaluation du préjudice économique effectuée par l'office intimé ne peut être suivie. Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait; cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (ATF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Au vu des circonstances du cas d'espèce, il apparaît justifié de renvoyer le dossier à l'OAI pour complément d'instruction sur le plan économique. Il reviendra donc à l'OAI de mettre en œuvre les mesures d'instruction adéquates pour appréhender concrètement la situation de l'intéressée, notamment en déterminant le type d'activité adaptée que l'assurée pourrait réaliser, le revenu d'invalidé dans ce type d'activité et éventuellement les possibilités d'un reclassement de la recourante dans une activité essentiellement administrative, puis de procéder à un nouveau calcul du préjudice économique.

## **E. 7**

a) En définitive, le recours doit être partiellement admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour qu'elle rende une nouvelle décision après avoir procédé à un complément d'instruction conformément aux considérants du présent arrêt. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'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). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Vu l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice. c) Obtenant partiellement gain de cause, la recourante a droit de la part de l'OAI à des dépens réduits, qu'il convient d'arrêter équitablement à 800 fr. (art. 55 et 56 al. 2 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).