

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 962 vom 7. September 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-09-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2011\\_\\_962](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2011__962)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 962 du 7 septembre 2011

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 962 del 7 settembre 2011

### Regeste

ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ | 1 LAI, 69 al. 1bis LAI, 56 al. 1 LPGA, 58 al. 1 LPGA, 60 al. 1 LPGA, 61 let. b LPGA, 61 let. g LPGA, 49 al. 1 LPA-VD, 55 al. 1 LPA-VD

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 07.09.2011 Arrêt / 2011 / 962

ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ | 1 LAI, 69 al. 1bis LAI, 56 al. 1 LPGA, 58 al. 1 LPGA, 60 al. 1 LPGA, 61 let. b LPGA, 61 let. g LPGA, 49 al. 1 LPA-VD, 55 al. 1 LPA-VD

TRIBUNAL CANTONAL AI 61/09 - 424/2011 COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 septembre 2011

\_\_\_\_\_ Présidence de Mme Röthenbacher Juges : M. Métral et Mme Brélaz Braillard Greffier : M. Germond \*\*\*\*\* Cause pendante entre : A. \_\_\_\_\_, à Mollie-Margot, recourante, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 6 ss LPGA; 4 al. 1 et 28 LAI E n f a i t : A. Le 1 er septembre 2004, A. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante) a déposé une demande de prestations en vue de l'obtention d'une rente invoquant de l'hypertension, des hernies discales et de l'asthme. Dans le questionnaire 531 bis, l'assurée a répondu le 14 septembre 2004 que si elle était en bonne santé, elle travaillerait de 60 à 100 % selon la demande par nécessité financière comme gardienne de chiens. Le 22 octobre 2004, le Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, médecin traitant a établi un rapport selon lequel il a posé les diagnostics suivants affectant la capacité de travail: " -BPCO avec syndrome obstructif de degré moyen à sévère existant depuis plus de cinq ans. -Hernie discale L3-L4 gauche, L4-L5 droite et L5-S1 droite depuis plus de cinq ans. -État dépressif aussi depuis plus de cinq ans. " Comme diagnostics sans influence sur la capacité de travail, le Dr W. \_\_\_\_\_ a retenu une hypertension artérielle ainsi que des diverticules sigmoïdiennes avec tendance à des diarrhées chroniques depuis février 2001. Selon le médecin l'activité exercée jusqu'alors était encore exigible à 50 % comme d'ailleurs un travail de bureau ou une activité similaire. Le 7 mars 2001, le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, a établi un rapport à l'intention du Dr W. \_\_\_\_\_ selon lequel la situation n'était cliniquement pas inquiétante, la patiente ne présentant pas de syndrome lombo-vertébral mais uniquement un discret syndrome radiculaire droit purement irritatif. Le 17 décembre 2004, le Dr X. \_\_\_\_\_, FMH en médecine interne, pneumologie et médecine intensive a adressé un rapport selon lequel il a posé les diagnostics suivants affectant la capacité de travail: " -Bronchopneumopathie chronique obstructive de degré sévère, diagnostiquée en 1999. - Lombosciatalgies chroniques sur hernies discales. - Etat dépressif. " Le médecin écrivait qu'il n'avait plus vu la patiente depuis février 2003. Selon

lui, on pouvait exiger de l'assurée qu'elle exerce une autre activité, soit une activité sédentaire n'exigeant pas d'efforts physiques, sans exposition à des irritants respiratoires, probablement 4 à 5 h. par jour au maximum. Le 26 juillet 2005, une enquête économique pour les indépendants a été effectuée. On peut y lire que depuis de nombreuses années, l'assurée travaillait à 50 % par choix personnel et actuellement, si elle était en parfaite santé elle chercherait également à travailler à 50 %. Selon cette enquête, l'assurée admettait le statut mi-active/mi-ménagère. Le 5 octobre 2005, une enquête économique sur le ménage a été effectuée. Il en résulte que le statut proposé était de 50 % actif et de 50 % ménager. Il était précisé qu'il avait été vérifié que l'assurée, divorcée sans enfant depuis 1989 n'a pas travaillé à plus de 50 % comme secrétaire jusqu'à son atteinte à la santé. Elle "tournait" financièrement grâce au fait que sa maison n'a qu'une charge locative très modeste et qu'elle a un train de vie très simple. Au total, l'enquête ménagère est arrivée à la conclusion que le taux d'empêchement pour la part ménagère s'élevait à 15.45 %. Le 4 mai 2006, le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a dressé un rapport selon lequel l'assurée souffrait de manière invalidante d'une coxarthrose gauche extrusive nécessitant désormais l'usage d'une canne et d'antalgiques majeurs. En conséquence, une opération de mise en place d'une prothèse totale de la hanche gauche était prévue. Cette opération a eu lieu le 30 mai 2006. Le 22 août 2006, un examen rhumatologique et psychiatrique a eu lieu au SMR. Il en résulte ce qui suit: " DIAGNOSTICS - avec répercussion sur la capacité de travail: • Lombosciatalgies droites chroniques, non déficitaires, dans un contexte de discarthrose sévère L5-S1, modérée L4-L5, L3-L4, protrusion discale étagée, composante de canal lombaire étroit, troubles dégénératifs postérieurs, troubles statiques légers M54.4 • Coxarthrose gauche traitée par prothèse totale de hanche M16.4 • Aucun sur le plan psychiatrique. - sans répercussion sur la capacité de travail: • Composante douloureuse de type fibromyalgique. • Arthrose nodulaire des doigts. • Syndrome obstructif chronique. • Status post neuropathie compressive du nerf sciatique poplitée externe gauche. • Tumeur mélanocytaire atypique choroïdienne gauche. • Phobie du vide (F40.2). • Trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21). Appréciation consensuelle du cas Assurée de 59 ans, travaillant comme secrétaire communale à mi-temps jusqu'en 2002 puis travaillant à 50% dans le gardiennage de chiens de juin 2003 à mai 2006, date à laquelle elle est opérée d'une coxarthrose. Elle n'a pas repris d'activité professionnelle depuis lors. Le dossier fait état d'une longue maladie depuis août 2004. L'assurée est vue par le Dr E. \_\_\_\_\_, neurochirurgien, au mois de mars 2001 pour un épisode de lombosciatalgie droite aiguë non déficitaire. Son examen clinique ne met pas en évidence de syndrome rachidien, il n'y a pas de déficit neurologique, il existe des signes irritatifs à 60° à droite. Le neurochirurgien met les symptômes en relation avec 2 hernies discales en L4-L5, L5-S1. Il propose un traitement conservateur. Par la suite, l'assurée est vue par le Dr R. \_\_\_\_\_, neurologue, en octobre 2002 en raison de troubles de la marche. Le spécialiste retient une neuropathie compressive du nerf sciatique poplitée externe (ou péronier commun) gauche, de type axonmyélinique, relativement sévère, mise en relation avec un traumatisme répété, l'assurée croisant les jambes. Le Dr R. \_\_\_\_\_ dans son rapport décrit que l'épisode de lombosciatalgies droites de 2001 a évolué de façon favorable. Le Dr E. \_\_\_\_\_ revoit l'assurée également en octobre 2002, il ne retient pas d'indication chirurgicale en relation avec une éventuelle compression radiculaire, il propose le port de chaussures adaptées en raison de la parésie de la cheville. Il n'y a pas de nouveau bilan ostéoarticulaire ou neurologique à disposition depuis 2002. Durant l'entretien, Mme A. \_\_\_\_\_ dit ne pas être capable de travailler au-delà de 50% en raison de lombalgies et de douleurs de la

hanche gauche. La description est une lombosciatalgie droite mécanique, de trajet radiculaire atypique, irradiant tout d'abord sur un trajet L5, se terminant dans le talon (trajet S1). Les éléments sont discordants quant à la tolérance en station statique; l'assurée dit tolérer la station assise 15 à 20 minutes, alors que pendant l'entretien avec le rhumatologue, elle la tolère 35 minutes sans difficultés et au-delà de 1 heure avec le psychiatre. Au niveau de la hanche, une coxarthrose gauche vient d'être traitée au mois de mai 2005 [recte: 2006] par prothèse totale de hanche; il persiste une appréhension à la marche avec de rares douleurs mécaniques au niveau de l'aîne. L'assurée dit être limitée sur son périmètre de marche sans s'arrêter à une quinzaine de minutes en raison d'une dyspnée d'effort. Elle a retrouvé actuellement son périmètre de marche antérieur d'avant l'intervention chirurgicale. Au niveau de son travail, alors que l'assurée travaillait comme secrétaire communale à 50%, elle a donné son congé en 2002 en raison dit-elle de harcèlement. Hormis l'épisode de décompensation respiratoire aiguë en 1999, elle est seulement en arrêt de travail depuis le 30.05.2006, date de la pose de PTH [prothèse totale de la hanche]. Elle doit revoir prochainement son orthopédiste, le Dr P. \_\_\_\_\_ pour faire le point de la situation. A l'examen clinique, l'assurée a une légère boiterie antalgique gauche, elle tolère, comme décrit ci-dessus, très bien la station assise prolongée le déshabillage et l'habillage du bas du corps sont gênés dans les suites de l'intervention de prothèse totale, l'assurée n'ose pas encore mettre sa chaussette gauche. Le transfert sur la table de l'examen est effectué sans difficultés. Les conjonctives sont pâles évoquant une anémie post opératoire. La musculature est diffusément peu développée, l'assurée présente une pré-obésité. Au niveau pulmonaire, l'assurée est eupnéique au repos, les exercices demandés lors de l'examen n'ont pas entraîné de dyspnée. Comme signe de syndrome obstructif, on retient un murmure vésiculaire, lointain, il n'y a pas de ronchus. L'assurée ne présente pas de cyanose. Au niveau des mains, il existe des nodules arthrosiques sur les interphalangiennes distales des 3 doigts longs, avec une fonction de la main conservée. Les nodules ne sont pas inflammatoires lors de l'examen. Au niveau du status post pose de prothèse totale de hanche, la cicatrice post opératoire est calme, l'assurée est capable d'amener sa hanche en flexion à 90° sans douleurs, il n'y a pas de signe d'amyotrophie du membre inférieur gauche. Au niveau du rachis, il existe des troubles statiques sous forme d'un dos plat, d'un relâchement de la sangle abdominale. La mobilité du rachis lombaire est modérément limitée tant en flexion qu'en extension, plus douloureuse en flexion. Il n'y a pas de sciatique ni de cruralgies irritatives. A la palpation, le rachis est diffusément sensible, le dernier étage est plus douloureux. La tension lombaire est légèrement augmentée en para vertébral droit. Il n'y a pas de signe de non organicité selon Waddell. Par contre, on retiendra une augmentation diffuse de la sensibilité à la palpation des tissus mous avec 9 points de Smythe positifs pour une composante de type fibromyalgique. Le status neurologique des membres inférieurs est normal, sans signes de compression radiculaire ou tronculaire. L'ancienne atteinte du nerf sciatique poplitée externe droit a totalement récupéré. Sur le plan psychiatrique, l'anamnèse ne met pas en évidence de maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité grave ayant des répercussions sur la capacité de travail. En 2001, étant victime de mobbing par sa cheffe (qui d'ailleurs était sa meilleure amie), va présenter un état anxiodépressif. Son médecin traitant va introduire un traitement antidépresseur et anxiolytique. En 2002, l'assurée décide de démissionner et s'inscrit au chômage. Après quelques mois, elle décide de faire du gardiennage de chiens. En conséquence, une atteinte à la santé mentale avec répercussion sur la capacité de travail de longue durée, n'est pas constatée. En outre, l'assurée décrit une phobie du vide dès son jeune âge, motif pour lequel

elle évite les autoroutes surélevées ou d'autres situations semblables phobogènes. L'examen psychiatrique au SMR permet de constater une symptomatologie dépressive réactionnelle aux différents troubles somatiques diagnostiqués récemment (mélanome ophtalmique, arthrose de la hanche). En outre, l'absence d'une symptomatologie psychotique est constatée. Pour ces motifs, un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (plus de 1 mois) est retenu. Ce trouble (équivalent à une dépression d'intensité légère) n'est pas à l'origine d'une atteinte à la santé mentale. Les limitations fonctionnelles Rachis lombaire: position assise prolongée au-delà de 1 heure, position debout prolongée au-delà de 30 minutes mouvements répétés de flexion/extension attitude en porte-à-faux port de charges supérieures à 9 kg. Hanche gauche: position accroupie, position en tailleur. Sur le plan psychiatrique: aucune. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins? Depuis mars 2001, date de la consultation du Dr E. \_\_\_\_\_. Sur le plan psychiatrique : sans objet. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Une diminution de capacité de 30% est admissible depuis 2001. Même si le poste de travail de secrétaire respecte les limitations fonctionnelles, les troubles dégénératifs constatés peuvent expliquer une baisse de capacité de 30% avec des périodes de repos prolongées entre 2 périodes de travail. Les troubles dégénératifs du rachis se sont légèrement péjorés en 2002, il n'y a pas de signe de gravité sous forme de compression radiculaire ou de claudication intermittente neurogène et pas de péjoration de la capacité de travail décrite plus haut. Le Dr E. \_\_\_\_\_ à cette époque, n'avait pas retenu d'indication opératoire. Les troubles moteurs du membre inférieur gauche ont été mis en relation avec une neuropathie compressive du nerf sciatique poplitée externe gauche qui a totalement récupéré. Les éléments anamnestiques et l'examen clinique ne permettent pas de retenir d'incapacité plus importante; madame A. \_\_\_\_\_ est indépendante pour les soins personnels, elle ne nécessite pas d'aide pour son ménage; elle sort quotidiennement son chien plusieurs fois par jour pour faire des ballades en forêt pendant plus d'une heure, les lombalgies sont supportées sous traitement anti-inflammatoire intermittent 4x/semaine. L'IT [incapacité de travail] est totale, de façon temporaire, suite à la pose de prothèse totale de hanche le 30.5.06. En l'absence de complications post opératoire une reprise est attendue au taux de 70 % au plus tard à 6 mois post opératoire, c'est-à-dire début décembre 2006. L'évolution post opératoire est à demander au Dr P. \_\_\_\_\_; jusqu'à l'examen clinique de ce jour il n'y a pas de signe de complication. Sur le plan psychiatrique: sans objet. Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée par la tolérance du rachis lombaire aux contraintes mécaniques, dans l'activité sédentaire de secrétaire, la capacité de travail est de 70% 2 x 3 heures par jour. Dans le nouveau travail comme indépendante dans le gardiennage de chiens, la capacité de travail est identique. L'assurée est moins soumise à une notion de rendement par l'employeur; durant son activité, l'assurée ne doit pas porter de charges. Dans l'activité de ménagère, une incapacité de 20% est admissible, l'assurée prenant plus de temps pour effectuer son ménage, n'ayant pas d'aide à disposition. Concernant l'incapacité secondaire au syndrome obstructif, on retiendra que dans l'activité physique demandée lors de l'examen, l'assurée n'a pas présenté de dyspnée d'effort. Dès lors, dans une activité sédentaire de secrétariat, nous ne voyons pas pour quelle raison l'assurée aurait une diminution de sa capacité. Le syndrome obstructif lui permet de se promener avec son chien, activité physiquement plus contraignante que celle de secrétaire. Sur le plan psychiatrique, dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée, 100% depuis toujours. CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE Dans l'activité habituelle de secrétariat ou de gardiennage de chiens: 70% Dans l'activité de ménagère: 80% Dans une

activité adaptée: 70% Depuis: 2001 jusqu'au 30.5.06 et depuis le 1.12.06 " Le 7 novembre 2006, la doctoresse L. \_\_\_\_\_, du SMR, a établi un avis dans lequel on peut lire ce qui suit: "[...] Au plan psychiatrique, on relève une symptomatologie dépressive réactionnelle aux différents troubles somatiques diagnostiqués récemment. Il n'existe pas de symptomatologie psychotique mais un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Ce trouble équivaut à une dépression d'intensité légère et n'est pas à l'origine d'une atteinte à la santé mentale. En résumé, au plan psychiatrique, il n'existe aucune limitation. Au plan somatique, l'incapacité est totale de façon temporaire, depuis le 30.05.2006 après pause de prothèse totale de hanche. En l'absence de complications post opératoires, on peut attendre une reprise de 70% six mois post op[ératoire] au taux de 80% dans l'activité de ménagère et de 70% dans celle de gardienne de chenil. " Le 6 décembre 2006, le Dr P. \_\_\_\_\_ a établi un rapport selon lequel l'état de santé de l'assurée s'améliorait progressivement avec une rééquilibration progressive de la ceinture pelvienne, malgré la persistance d'une atrophie de l'éventail fessier du côté gauche. Le diagnostic était dorénavant le suivant; status après arthroplastie totale non cimentée de la hanche gauche le 30 mai 2006 pour coxarthrose secondaire à une dysplasie avec excentration et proximalisation de la tête fémorale. Le pronostic était favorable mais il était trop tôt pour se prononcer à six mois de l'intervention chirurgicale. Le Dr P. \_\_\_\_\_ répondait aussi comme suit à un questionnaire: " 1. Questions concernant l'activité exercée jusqu'ici: garde chiens indépendante. 1.1. Quelle est la répercussion de l'atteinte à la santé sur l'activité exercée jusqu'ici? La dysplasie de hanche qui a occasionné une coxarthrose secondaire du côté gauche a entravé de manière chronique sa capacité de déambulation. L'arthroplastie totale pratiquée le 30 mai 2006 a permis un recentrage coxo-fémoral mais l'atrophie de l'éventail fessier demeure encore actuellement présente et susceptible de perdurer sur plus d'une année, entravant ainsi sa capacité de déplacement et limitant tout effort de port de charges et même les changements de position. 1.2. L'activité exercée jusqu'à maintenant est-elle encore exigible? oui, à 50 %. 1.3 Y a-t-il une diminution du rendement? oui, 50 %.

2. Questions concernant une éventuelle réinsertion professionnelle 2.1. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent, respectivement dans le domaine d'activité exercé jusqu'à présent? oui. 2.2 Peut-on exiger que l'assuré exerce une autre activité? 2.3 Si plus aucune autre activité n'est exigible, quelle en est la raison? n'est pas applicable. " Le 19 décembre 2006, l'administration communale de [...] a écrit à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) qu'en 2002, au taux d'activité de 50 %, l'assurée touchait 3'150 fr. bruts pour un horaire hebdomadaire de vingt heures, le salaire étant payable 13 fois l'an. Le salaire présumé en 2006 était de 3'340 francs. Le 21 juin 2007 le Dr P. \_\_\_\_\_ a établi un nouveau rapport. Tel est le cas également le 17 janvier 2008, rapport dans lequel on peut lire que l'assurée a été opérée d'une arthroplastie totale non cimentée de sa hanche droite en automne 2007, plus précisément le 29 octobre 2007. On peut lire également en ce rapport que l'évolution était favorable tant du point de vue clinique, malgré quelques douleurs inguinales résiduelles, associées à des gonalgies internes droites, que radiologique avec une ostéo-intégration optimale de l'implant et une équilibration adéquate à l'endroit des cintres cervico-obturbateurs. Le 8 avril 2008, le Dr X. \_\_\_\_\_ a établi un rapport selon lequel l'examen fonctionnel pratiqué le même jour montrait une légère aggravation par rapport à 2003. Le 14 novembre 2008. l'OAI a dressé un projet de décision selon lequel, se fondant sur l'examen du SMR du 22 août 2006, il est arrivé à la conclusion que la capacité de travail est exigible à 70 %. Il a écrit également que l'assurée pourrait travailler à 50 %, ce qui

correspond à son statut d'active à 50 %, dans une activité de bureau, précisant qu'il appartient à tout assuré de faire tout ce qui dépend de lui pour atténuer au mieux les conséquences de son infirmité en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail "fût-ce au prix d'efforts même importants". Ensuite l'Office calcule que le taux d'invalidité, selon la méthode mixte, s'élève à 13.81 %, taux qui ne donne pas droit à une rente. Le 6 janvier 2009, l'OAI a rendu une décision semblable au projet. Le 31 janvier 2009, le Dr W. \_\_\_\_\_ a établi un rapport selon lequel la BPCO (broncho-pneumopathie chronique obstructive) s'était aggravée et qu'elle pouvait être qualifiée de sévère. Il était aussi dit que lorsqu'elle travaillait, la composante psychique avait une répercussion sur la capacité de travail et que la probabilité de récurrence était grande. B. Par acte du 3 février 2009, l'assurée a recouru, expliquant que son problème respiratoire n'avait pas été pris en compte de manière objective et qu'elle avait subi une opération de la hanche. Par réponse du 18 juin 2009, l'OAI explique avoir soumis le rapport du 31 janvier 2009 du Dr W. \_\_\_\_\_ au SMR et que celui-ci, sous la plume du Dr H. \_\_\_\_\_, a établi un rapport selon lequel la capacité de travail de l'assurée avait diminué depuis octobre 2007 de l'ordre de 20 % en raison notamment de l'aggravation de la BPCO. En conséquence la capacité résiduelle comme ménagère s'élevait à 60 % et comme gardienne de chiens à 50 %. L'Office écrivait donc que comme la recourante devait être considérée comme active à 50 % et ménagère à 50 %, le taux d'invalidité pour la part active ne subissait aucune modification et restait donc à 6 %. En revanche s'agissant de la part ménagère, les empêchements devaient être revus également à la hausse en raison de la dyspnée à l'effort et l'importante fatigabilité. Le taux d'invalidité pour la part ménagère se montait ainsi à 18 %. Le taux d'invalidité global devait ainsi être fixé à 24 % soit un taux toujours insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

**E n d r o i t :** 1. 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 à moins que la présente loi ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 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 (art. 56 al. 1 LPGA) devant le tribunal des assurances compétent, à savoir en principe celui du canton de domicile de l'assuré au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA), dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), est donc recevable. 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 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. L'art. 6 LPGA définit l'incapacité de travail 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 sa part, 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-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 al. 2 LAI en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 [5<sup>e</sup> révision de l'AI, RO 2007 p. 5129 ss]). 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. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C\_657/2009 du 15 novembre 2010, consid. 4.1, 8C\_24/2010 du 27 décembre 2010, consid. 2, 8C\_1034/2010 du 28 juillet 2010, consid. 4.2 et 8C\_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2). 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 261 consid. 4; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). 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; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TF 9C\_791/2008 du 27 mai 2009, consid. 3.1; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1). Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 et la référence citée; TF 9C\_22/2011 du 16 mai 2011, consid. 5, 9C\_745/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.1, 9C\_921/2010 du 23 juin 2010, consid. 3.1 et 9C\_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4.1). Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Cependant, 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; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2 et 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008). c) 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 (cf. art. 28a al. 3 LAI en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008). C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité. d) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique

de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation (TF 9C\_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 7.2.1, 9C\_394/2009 du 8 janvier 2010, consid. 5.2.1 et 9C\_236/2009 du 7 octobre 2009, consid. 4.1). Toutefois le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références).

3. S'agissant du statut de l'assurée, il n'est pas contesté que celui-ci est mi-actif mi-ménagère. a) S'agissant de la capacité de travail, on observe que sur le plan somatique et s'agissant de la coxarthrose, on ne peut considérer que cette affection entraîne une incapacité de travail supérieure à 50 %. A cet égard, l'examen pratiqué au SMR le 22 août 2006 retient qu'à la suite de l'intervention chirurgicale de mai 2006 (pose d'une prothèse totale de hanche), la recourante a recouvré son périmètre de marche antérieur à l'intervention. Ainsi en l'absence de complications post opératoire, une diminution de la capacité de travail d'au maximum 30% telle que retenue par les médecins du SMR est probante. Le rapport d'examen SMR bidisciplinaire du 22 août 2006 se base sur une anamnèse (rapportant les plaintes) et un status de l'examinée (pp. 1-5), une étude du dossier radiologique (p. 5), pose des diagnostics précis (pp. 5-6) et comporte une appréciation consensuelle claire et cohérente du cas (pp. 6-8), de sorte qu'il emporte valeur probante au sens de la jurisprudence rappelée au consid. 2b supra. L'opération pratiquée à la hanche droite (arthroplastie totale non cimentée le 29 octobre 2007) ne modifie en rien l'appréciation du SMR puisque l'évolution ensuite de l'opération a été qualifiée de favorable par le chirurgien ayant pratiqué celle-ci. En particulier on doit admettre que comme secrétaire, la recourante dispose d'une capacité résiduelle de travail de 50 %, ce qui correspond à son statut d'active selon enquête économique. Tel est le cas également comme gardienne de chiens. b) Lorsque la personne assurée continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (TF 9C\_790/2010 du 8 juillet 2011, consid. 4.1, 9C\_234/2010 du 7 septembre 2010, consid. 4.2.2 et 9C\_713/2007 du 8 août 2008, consid. 3.2). En l'occurrence, dans son activité de gardienne de chiens, la recourante ne subit donc pas de perte de gain dès lors qu'elle dispose d'une capacité résiduelle de travail égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé. Au demeurant, c'est à juste titre que l'intimé considère que la reprise d'une activité de secrétariat serait raisonnablement exigible, ce au titre de l'obligation pour la recourante de diminuer son dommage (cf. consid. 2d supra), et que la recourante pourrait y réaliser un revenu supérieur à celui qui aurait été le sien dans son activité habituelle de gardienne de chiens. Il ne résulte en outre pas de l'instruction que l'état psychique de la recourante serait un frein à l'exercice d'une telle activité. A cet égard, l'avis du 31 janvier 2009 du Dr W. \_\_\_\_\_ n'est pas déterminant. Ce médecin fait uniquement mention d'une possible récurrence de la répercussion de la composante psychique sur la capacité de travail de la recourante sans disposer de plus amples certitudes à ce propos. c) Même s'il fallait évaluer le revenu hypothétique sans invalidité en se référant à l'activité de secrétaire exercée par la recourante

jusqu'en 2002, il n'en résulterait pas un taux d'invalidité ouvrant droit à une rente. En effet pour la part active, en application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus, entre le revenu réalisable sans atteinte à la santé pour un taux de 50% en 2006 (cf. communication du 19 décembre 2006 de l'administration communale de [...] à l'OAI) – 43'420 fr. (3'340 fr. x 13) –, et celui réalisable pour la même période avec invalidité – 38'132 fr. (taux de 50% pour un revenu annuel brut en 2006 raisonnablement exigible de la recourante comme employée de commerce [76'265 fr. à plein temps, réf. société suisse des employés de commerce {SSEC 2006}]) –, il en résulte une perte de gain de 5'288 fr. correspondant à un degré d'invalidité de 12.18 % ( $[5'288 \text{ fr.} / 43'420 \text{ fr.}] \times 100$ ). L'Office AI arrive à un taux d'invalidité de 6.09 % (50% de 12.18 %) qui est par conséquent correct. Dans sa décision, fondée sur l'enquête ménagère, il arrive pour la part ménagère à un taux d'invalidité de 7.72 % (50% de 15.45 % [selon invalidité ressortant de l'enquête économique sur le ménage du 5 octobre 2005]). Il a modifié cette appréciation dans la réponse compte tenu des éléments apportés par le Dr W. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 31 janvier 2009 qui fait état d'une aggravation de l'état de santé de la recourante notamment s'agissant de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO). En conséquence, il a estimé que s'agissant de la part ménagère l'empêchement était de 35.5 % (15.45 % + 20 %), soit pour une part ménagère de 50 % un taux d'invalidité de 18 %. Dès lors le taux d'invalidité global se monte à 24 % (6.08 % pour la part active + 18 % pour la part ménagère). Ce raisonnement peut être suivi par la Cour de céans et n'est au demeurant pas contesté en tant que tel par la recourante. C'est ainsi à juste titre que la demande de rente a été rejetée par l'intimé, le taux d'invalidité précité étant inférieur au seuil minimum de 40 % ouvrant le droit à une rente AI (cf. consid. 2a supra).

4. Mal fondé, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD [loi cantonale vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008, RSV 173.36]). 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 (art. 69 al. 1bis LAI); 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. 2 al. 1 TFJAS-VD [Tarif cantonal vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, 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 dans la mesure où la recourante, au demeurant non assistée d'un avocat, n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours déposé le 3 février 2009 par A. \_\_\_\_\_ est rejeté. II. La décision rendue le 6 janvier 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cent francs), sont mis à la charge de la recourante. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ A. \_\_\_\_\_, ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales (OFAS), 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.