

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2012 / 876 vom 28. Februar 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-02-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2012\\_\\_876](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2012__876)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2012 / 876 du 28 février 2013

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2012 / 876 del 28 febbraio 2013

### Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, ÂGE DONNANT DROIT À LA RENTE, INCAPACITÉ DE GAIN, MARCHÉ DU TRAVAIL, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 69 al. 1bis LAI, 16 LPGA, 61 let. g LPGA, 8 al. 1 LPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 28.02.2013 Arrêt / 2012 / 876

RENTE D'INVALIDITÉ, ÂGE DONNANT DROIT À LA RENTE, INCAPACITÉ DE GAIN, MARCHÉ DU TRAVAIL, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 69 al. 1bis LAI, 16 LPGA, 61 let. g LPGA, 8 al. 1 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 42/12 - 359/2012 ZD12.007260 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt

du 28 février 2013 \_\_\_\_\_ Présidence de Mme Brélaz Braillard

Juges : Mme Röthenbacher et M. Neu Greffier : M. Germond \*\*\*\*\* Cause

pendante entre : D. \_\_\_\_\_, à Montreux, recourante, représentée par Me Jean-Marie

Agier du service juridique d'Intégration Handicap, à Lausanne, et Office de

l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 16

LPGA; 4 et 28 LAI E n f a i t : A. D. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née le

29 mars 1947, travaillait en tant que manager en ressources humaines auprès

d'A. \_\_\_\_\_ SA à [...]. Le 21 octobre 1999, elle a été victime d'un accident pris en

charge par E. \_\_\_\_\_ (par la suite I. \_\_\_\_\_, assurance-accidents). En enlevant un

pull, la boucle de la fermeture éclair s'est dégrafée et lui est arrivée en projectile sur l'œil

gauche. Elle a présenté à cette occasion une incapacité de travail du 21 au 23 octobre 1999,

puis les 27 et 28 octobre 1999. Le 20 juin 2001, l'assurée a annoncé une rechute en raison

d'un décollement postérieur du vitré de son œil gauche et d'une cicatrice palpébrale

supérieure gauche. Le 30 juin 2001, l'assurée a mis un terme à son activité professionnelle.

Elle a, suite à cette démission, perçu des indemnités de chômage du 9 novembre 2001 au 8

novembre 2003. Dès la fin de son droit, elle a bénéficié du RMR. A compter du 1<sup>er</sup> avril

2004, elle a commencé un emploi temporaire subventionné auprès de la Fondation

B. \_\_\_\_\_. Puis, d'octobre 2004 au 17 avril 2005, elle a occupé un emploi temporaire en

qualité de manager en ressources humaines au sein de l'entreprise S. \_\_\_\_\_. Le 10 mai

2004, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité visant l'octroi

d'un moyen auxiliaire ainsi que d'une rente, en raison d'un décollement postérieur du vitré

de l'œil gauche entraînant une vision trouble permanente. Dans un rapport médical du 21

novembre 2004, le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, a posé les diagnostics

avec répercussion sur la capacité de travail de décollement postérieur du vitré des deux

yeux, d'épisodes dépressifs et d'épisodes de céphalées migraineuses, présents depuis octobre

1999. Ce médecin a annexé à son rapport différentes pièces médicales. Ainsi, par courrier

du 26 juillet 2004, le Dr N. \_\_\_\_\_, médecin-associé à l'Hôpital ophtalmique [...] à [...], a constaté que le décollement postérieur du vitré était présent des deux côtés, avec les mêmes opacités, seul l'œil gauche posant cependant des problèmes à la patiente. En raison d'un examen du fond de l'œil difficile, l'assurée ayant beaucoup de peine avec la lumière de la lampe à fente notamment, le Dr N. \_\_\_\_\_ a souhaité prendre l'avis du Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en neuro-ophtalmologie, pour une évaluation des symptômes. Dans un courrier du 18 octobre 2004, le Dr J. \_\_\_\_\_ a mentionné que l'anamnèse de cette patiente était suggestive de migraines ophtalmiques classiques, et le status neuro-ophtalmologique était dans les limites de la norme. Il n'avait donc pas de suspicion de dysfonction des voies visuelles, si ce n'est l'aura visuelle des migraines ophtalmiques. Dans un rapport médical du 1<sup>er</sup> août 2005, le Dr H. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail d'état dépressif sévère à moyen récurrent, avec syndrome somatique, de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, de décollement postérieur du vitré des deux yeux et d'épisodes céphalées à composantes mixtes, migraineuses et tensionnelles. Il a attesté une incapacité de travail totale dès le 20 juin 2005 toujours pour des épisodes dépressifs. Il a ainsi précisé qu'il avait fait examiner sa patiente en janvier 2005 par la Dresse O. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, qui avait précisément conclu, dans un rapport du 28 janvier 2005 à la présence de céphalées à composantes mixtes, migraineuses et tensionnelles. Le Dr H. \_\_\_\_\_ a également demandé un consilium psychiatrique auprès de la Dresse U. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui s'est entretenue avec l'assurée à quatre reprises, entre mai et juillet 2005. Dans un rapport du 11 juillet 2005, la Dresse U. \_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit: " Sur le plan diagnostic, elle présente un état dépressif sévère à moyen récurrent, avec syndrome somatique, de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline. Je me suis permise de la mettre sous antidépresseur et je lui ai fait un arrêt de travail à 100 % dès le 20 juin qu'il faut à mon avis poursuivre au risque de la voir augmenter une symptomatologie somatique douloureuse. Je pense que Madame D. \_\_\_\_\_ devrait être au bénéfice d'une rente AI à 100 % pour des raisons psychiques, il est à mon avis, compte tenu de sa pathologie, illusoire de la voir reprendre une activité professionnelle même à un petit pourcentage. " Dans un rapport médical du 4 août 2006, le Dr H. \_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics posés dans son précédent rapport en ajoutant que la patiente présentait toujours des symptômes dépressifs, bien qu'il y ait moins d'irritabilité, ainsi qu'une meilleure stabilisation de son humeur. En raison de plaintes dorsales lancinantes, il a adressé sa patiente auprès du Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie. Dans son rapport du 4 avril 2006, ce praticien a précisé ce qui suit: " L'examen clinique de ta patiente me laisse pour le moins dubitatif, laissant transparaître principalement des dysfonctions cervico-dorsales-lombaires pluri-étagées sans véritable limitation fonctionnelle, trouble neuromoteur ou signe irritatif accompagnateur. Ses symptômes s'inscrivent sur un mode douloureux, alliant des signes de surcharges comportementaux et neurovégétatifs et fonctionnels intégrant plus largement la comorbidité psychologique associée. Les radiographies pratiquées ce jour de la nuque et dorsale afin de rassurer principalement la patiente, sont normales, sans trouble dégénératif ou statique manifeste au-delà de troubles dégénératifs modérés de C4 à C6, troubles dégénératifs cervicaux bien réels, la clinique et les plaintes reportées par Mme D. \_\_\_\_\_ dépassant largement le cadre de plaintes que l'on pourrait attribuer à cette problématique. " Au vu des éléments en sa possession et des diagnostics posés (état dépressif sévère à moyen récurrent avec syndrome somatique, trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, décollement du vitré

des deux yeux et épisode de céphalées à composantes mixtes, migraineuses et tensionnelles), l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) a estimé qu'un examen bidisciplinaire (psychiatrique et rhumatologique) devait être mis en œuvre. Dans un rapport du 11 décembre 2006 du Service médical régional (SMR) de l'AI, établi à la suite d'un examen clinique du 15 novembre 2006, le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a retenu comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail, des rachialgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis (M 54). Il a également relevé que l'examinée présentait des douleurs à la palpation de 11 points de fibromyalgie sur 18, autorisant à retenir ce diagnostic. Il a noté que la mobilité des articulations périphériques était bien conservée et l'absence de signes pour une arthropathie inflammatoire. Pour sa part, le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie n'a retenu aucun diagnostic invalidant sur le plan psychiatrique tout en estimant possible qu'une incapacité de travail brève ait eu lieu au printemps 2005 pour des motifs psychiatriques. En regard des limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, à savoir: pas de soulèvement régulier de charges supérieures à 5 kilos, pas de port régulier de charges d'un poids supérieur à 12 kilos et de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc mais autorisant une alternance des positions assise/debout à raison de deux fois par heure, les Drs G. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ ont par ailleurs posé le diagnostic de fibromyalgie (M 79.0) tout en précisant que cette atteinte n'avait aucune répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, compte tenu de l'absence d'une pathologie invalidante ou de critères pour un pronostic défavorable. Par avis médical du 17 janvier 2007, la Dresse M. \_\_\_\_\_, médecin conseil SMR, a estimé au vu du rapport d'expertise précité que l'assurée pouvait mettre tout en œuvre pour retrouver une pleine capacité de travail dans une activité correspondant à ses compétences professionnelles. Par projet de décision du 14 mai 2007, intégralement confirmé dans une décision du 8 janvier 2008, l'OAI a refusé d'allouer ses prestations. Se basant sur l'examen clinique bidisciplinaire du SMR, il estimait que la capacité de travail et de gain de l'assurée était entière dans l'activité habituelle. Par décision du 6 novembre 2007, l'OAI a également refusé la prise en charge du moyen auxiliaire (écran TPT 24) demandé par l'assurée, cette dernière n'exerçant pas d'activité professionnelle. B. Le 12 février 2008, l'assurée, représentée par Me Jean-Marie Agier, a recouru devant la Cour des assurances du Tribunal cantonal contre la décision de refus de rente rendue le 8 janvier 2008 par l'Office AI. Dans un arrêt du 30 septembre 2010 (CASSO AI 100/08 - 387/2010), la Cour de céans a admis le recours et renvoyé le dossier de la cause à l'OAI afin qu'il en complète l'instruction puis rende une nouvelle décision. Le tribunal a relevé en substance que les conséquences du trouble de la personnalité retenu par les différents médecins ayant examiné la recourante étaient évaluées de manière contradictoire, si bien qu'il était nécessaire non seulement de le qualifier clairement mais d'en évaluer l'impact. Il a également relevé s'agissant de l'âge de l'intéressée: " b) La recourante, née le 29 mars 1947, était âgée de 60 ans et 10 mois au moment déterminant où la décision de refus de rente d'invalidité a été rendue (8 janvier 2008), soit un seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé (TF du 14 juillet 2008 [9C\_612/2007] consid. 5.2 et les références). Or, dans sa décision du 8 janvier 2008, l'intimé n'a pas traité la situation sous l'angle du caractère réaliste des possibilités de retrouver un emploi pour l'assurée. Pour ce motif également, la décision attaquée doit être annulée. " C. Reprenant l'instruction de son dossier, l'OAI a considéré – sur la base d'un avis médical du 20 décembre 2010 des Drs Q. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ du SMR – que la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique

de l'assurée s'imposait, en raison des exigences posées par le Tribunal cantonal dans l'arrêt précité. Le 21 janvier 2011, l'assurée a suggéré à l'Office AI de limiter son examen aux critères en relation avec l'âge mentionnés par le tribunal au considérant 6a de son arrêt précité, rappelant que le 1<sup>er</sup> avril 2011, elle atteindrait l'âge déterminant au sens de la LAVS. L'OAI a répondu, par courrier du 27 janvier 2011, qu'il maintenait la demande d'expertise médicale, dite mesure s'avérant nécessaire pour déterminer l'existence de limitations fonctionnelles et/ou une incapacité de travail. Il examinerait ensuite si son âge devait être pris en compte dans l'évaluation des activités restant à sa portée. Au terme de son rapport d'expertise du 9 mai 2011 établi à la suite d'examen cliniques pratiqués les 4 et 6 mai 2011, le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, s'est notamment exprimé comme il suit sur le cas de l'assurée: " Diagnostics Au vu de ce qui précède, il est aujourd'hui justifié de retenir les diagnostics de: • Trouble dépressif majeur récurrent (épisode actuel moyen chronique) (F33.1). • Trouble mixte de la personnalité (F61.0). selon les critères de la dénomination exacte des ouvrages de références. [...] Conclusion Au vu de ce qui précède, le soussigné considère qu'il est justifié de retenir une incapacité de travail psychiatrique. Il pense que celle-ci n'est pas entière, quoi qu'il soit mentionné à ce sujet au dossier. L'assurée a tout de même des ressources. Elle avait une solide expérience professionnelle. Elle parle plusieurs langues. Le dossier ne rapporte pas de graves altérations de sa santé physique. Elle a pu se déplacer seule de [...] à [...] à deux reprises et gérer sans problème le processus d'expertise. Elle peut tout de même collaborer correctement à deux entretiens psychiatriques, même si elle a peiné à rassembler ses idées et à donner une histoire cohérente. Elle n'a jamais été vue fatiguée ou fatigable tout au long des deux entretiens dévolus à cette évaluation. Mme D. \_\_\_\_\_ n'a tout de même jamais été hospitalisée. Le traitement psychiatrique ne s'est jamais montré particulièrement lourd. Il n'y a pas eu le suivi pluridisciplinaire des gros cas psychiatriques. On est tout de même bien loin de pathologies de type dépression mélancolique, psychose schizophrénique ou démence dégénérative de type Alzheimer. Le soussigné n'admet par conséquent pas les incapacités de travail de 100% retenues par les médecins traitants. Il considère qu'elles sont trop élevées compte tenu des ressources dont fait tout de même preuve Mme D. \_\_\_\_\_. Il est aussi d'avis que l'expertise [...] n'a pas suffisamment tenu compte des ressources de l'assurée et que le 60% d'incapacité de travail qu'on peut déduire de son rapport dans une activité dite adaptée est trop élevé. Le soussigné ne retient pas d'avantage le 100% d'incapacité de travail en tant que collaboratrice d'un service de ressources humaines. Il considère que l'assurée aurait pu travailler à temps partiel dans l'activité qu'elle avait jusqu'ici dans la mesure où elle n'aurait pas des responsabilités hors normes. Tout un pan de son activité aurait aussi pu s'orienter vers un travail plus spécifiquement administratif et vers la gestion des salaires (payroll) par exemple, sans que cela ait nécessité une longue formation pour quelqu'un de son expérience. Le soussigné est par contre persuadé que l'assurée a des limitations et des incapacités psychiatriques. Il ne peut dès lors se rallier aux conclusions du rapport médical du 05.09.2006 en termes d'incapacité de travail. Il est aussi vrai que ce document médical retenait un épisode dépressif léger et qu'il est possible que l'assurée allait transitoirement mieux au moment de cette évaluation spécialisée. Au vu de ce qui précède, le soussigné retient une incapacité de travail psychiatrique de 50%. Cette incapacité remonte au mois d'avril 2005. Elle a vraisemblablement été constante depuis lors, même si l'épisode dépressif a varié en intensité. Elle est probablement fixée pour une longue durée. Le soussigné ne pense pas qu'il y ait lieu de proposer une activité adaptée dans ce cas, tout en sachant que cette proposition viendrait aujourd'hui trop tard. Il ne voit

pas quelle activité lucrative aurait pu augmenter la capacité de travail de l'assurée au vu du type des troubles mentaux qu'elle a présentés. Il ne pense pas que l'assurée aurait dépassé le 50% de capacité de travail même dans un emploi sans responsabilité et sous supervision. L'atteinte à la santé liée à une dépression est habituellement globale. Les limitations sont en conséquence. Il est assez rare qu'il y subsiste une activité adaptée aux sujets dépressifs telle qu'elle augmente leur capacité de travail, hormis dans des situations très particulières. Actuellement, le traitement est adéquat tant en qualité qu'en quantité. Le soussigné n'a pas de propositions particulières à formuler au vu du type de troubles et leur durée. Des mesures professionnelles n'ont évidemment plus de sens au vu de l'âge de l'expertisée. " Dans un avis médical SMR du 23 mai 2011, les Drs Q.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ se sont ralliés aux constatations et conclusions médicales du rapport d'expertise du Dr C.\_\_\_\_\_, retenant que l'incapacité de travail psychiatrique était de 50% dès avril 2005 en toutes activités. Par projet de décision du 20 juin 2011, l'OAI a indiqué qu'à la suite de l'instruction complétée selon l'arrêt du Tribunal cantonal du 30 septembre 2010, il ressortait de l'expertise psychiatrique mise en œuvre, que l'assurée présentait une incapacité de travail et de gain de 50% à partir d'avril 2005 dans toute activité. Dans ces circonstances, l'assurée avait le droit à une demi-rente dès avril 2006, soit après le délai d'attente d'une année depuis l'atteinte invalidante affectant son état de santé. Dans un courrier du 19 juillet 2011 adressé à l'OAI, l'assurée a contesté le projet de décision précité en rappelant, qu'au vu de l'arrêt cantonal rendu le 30 septembre 2010, il importait de tenir compte de son âge afin d'évaluer si, et dans l'affirmative dans quelle mesure, celui-ci rendrait irréaliste ses chances de réinsertion dans le marché de l'emploi. Dans l'avis de son service juridique du 1 er novembre 2011, l'OAI a relevé que le Tribunal fédéral n'avait jamais réellement répondu à la question de savoir quelle date devait être prise en compte pour déterminer l'exigibilité, étant toutefois précisé que dans un arrêt récent (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011), les juges fédéraux avaient retenu le moment hypothétique de la naissance du droit. Le juriste de l'OAI indiquait partager ce dernier point de vue en raison notamment du principe général de l'obligation de réduire le dommage. Il ne lui semblait ainsi pas excessif d'exiger de la part de l'assurée, alors âgée de 58 ans, la reprise à mi-temps d'une activité. Par courrier du 1 er novembre 2011 adressé au conseil de l'assurée, l'Office AI a indiqué maintenir sa position tendant à l'allocation d'une demi-rente depuis avril 2006. Par décision du 23 janvier 2012, l'OAI a alloué, avec effet rétroactif au 1 er avril 2006, une demi-rente à l'assurée. D. Par acte du 24 février 2012, D.\_\_\_\_\_ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision d'octroi de demi-rente rendue le 23 janvier 2012, mais reçue uniquement le 7 février 2012 par son représentant. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'elle a droit, dès le 1 er avril 2006, à une rente AI entière. Elle avance qu'elle doit être considérée en tant que "personne d'âge avancé", soit une personne âgée de 60 ans ou plus, dans l'évaluation de sa capacité de travail résiduelle raisonnablement exigible. Elle est d'avis que dans son cas, le moment déterminant pour procéder à cette évaluation se situe au 20 juin 2011, soit dès lors que l'instruction a été complète sur le plan médical. Or, à cette dernière date, elle était âgée de 64 ans. Dans sa réponse du 30 avril 2012, l'intimé conclut au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. Il renvoie la Cour de céans aux motifs exposés dans son courrier du 1 er novembre 2011. Il ajoute que la solution insufflée par la recourante impliquerait que la reconnaissance du droit ou non à la rente serait influencée par la durée de l'instruction, ce qui induirait le risque d'aboutir à des solutions divergentes en présence d'assurés placés dans des situations similaires. Par ordonnance du 2 novembre 2012, les parties ont été informées

que l'affaire était prête à juger et que sans autres réquisitions, un arrêt serait rendu dans les meilleurs délais. En droit : 1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise 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 (ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) Le litige porte en l'espèce, sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de la capacité de gain à laquelle l'office intimé a procédé et plus particulièrement sur le point de savoir si ce dernier était tenu de prendre en considération l'âge de l'assurée. 3. a) Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1.2; TFA C 85/2003 du 20 octobre 2003, consid. 1.1). Par conséquent, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et, après le 1<sup>er</sup> janvier 2003, respectivement le 1<sup>er</sup> janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20) consécutives à la 4<sup>e</sup> révision de cette loi, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (ATF 130 V 455; voir également ATF 130 V 329). A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008 est entrée en vigueur la 5<sup>e</sup> révision de la LAI, dont les normes sont applicables au présent cas dans leur teneur consécutive à cette modification législative. En tout état de cause, les principes antérieurs développés par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité tant sous l'empire de la 4<sup>e</sup> révision que sous la 5<sup>e</sup> révision de la LAI (ATF 130 V 343 consid. 3.4.1). b) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. c) Toute invalidité n'ouvre

pas nécessairement le droit à une rente; à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004, selon l'art. 28 al. 1 LAI (4<sup>e</sup> révision), 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 (cet échelonnement correspond par ailleurs à celui figurant à l'actuel art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008). Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008), l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: - Sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; - il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; - au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins. D'après l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente prenait naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré avait présenté (a) une incapacité de gain durable de 40% au moins (art. 7 LPGGA), ou (b) une incapacité de travail de 40% au moins, en moyenne, pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGGA) (RO 1987 p. 449). d) D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, 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. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. 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; TFA U 54/2005 du 19 juillet 2005, consid. 2.1). Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être pris en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (TF 9C\_1043/2008 du 2 juillet 2009, consid. 3.1; TFA I 750/2004 du 5 avril 2006 consid. 5.3 in SVR 2007 IV n° 1 p. 1 et I 11/2000 du 22 août 2001, consid. 5a/bb in VSI 2001 p. 274). e) Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral (TF 9C\_393/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.4; TF 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008, consid. 5.1 et les arrêts cités), 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 LPGGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. 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 (TFA I 198/1997 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 (TFA I 350/1989 du 30 avril 1991, consid. 3b in : RCC 1991 p. 329 ; TFA I 329/1988 du 25 janvier 1989, consid. 4a in : RCC 1989 p. 328). 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 (TFA I 377/1998 du 28 juillet 1999, consid. 1 et les références in VSI 1999 p. 246). 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 (cf. TF 9C\_695/2010 du 15 mars 2011, consid. 5, 9C\_918/2008 du 28 mai 2009, consid. 4.2.2, 9C\_1043/2008 du 2 juillet 2009, consid. 3.2 et 9C\_437/2008 du 19 mars 2009, consid. 4 et TFA I 819/2004 du 27 mai 2005, consid. 2.2 et les références). 4. a) Il convient d'examiner si la recourante, conformément au grief qu'elle invoque, peut être tenue de reprendre une profession compte tenu de son âge. La question de savoir à quel moment on doit se placer pour apprécier les chances d'un assuré de retrouver un emploi en fonction de son âge n'a longtemps pas clairement été tranchée par le Tribunal fédéral (cf. TF 9C\_695/2010 du 15 mars 2011, consid. 6.2, 9C\_651/2008 du 9 octobre 2009, consid. 6.2.2.2 et 9C\_949/2008 du 2 juin 2009, consid. 2). Dans un récent arrêt du 25 octobre 2012 (TF 9C\_149/2011), le Tribunal fédéral a néanmoins été amené à trancher cette question. A cette occasion, qui se rapporte à une affaire similaire à celle qui nous occupe, la Haute Cour a considéré comme déterminant pour statuer sur le droit à la rente de l'assuré, le moment où l'on dispose d'éclaircissements médicaux suffisants – sous l'angle des exigences applicables en matière de valeur probante – sur la capacité de travail pour permettre de trancher la question du droit à la prestation. En l'occurrence, elle a constaté que ce moment coïncidait avec la date du rapport d'expertise en mains de l'OAI après renvoi de la cause à ce dernier pour complément d'instruction tel que décidé par le tribunal cantonal dans un arrêt de renvoi (TF 9C\_149/2011 du 25 octobre 2012, consid. 3.4). Ce raisonnement a pour fondement le constat selon lequel, au moment de l'ouverture du droit à la rente, dans de nombreux cas, les limitations fonctionnelles sont encore litigieuses et nécessitent ainsi de récolter des éclaircissements supplémentaires. Ainsi n'est en définitive déterminant que le moment où l'on est en mesure d'objectiver la capacité de travail résiduelle de l'assuré. b) En l'espèce, par arrêt du 30 septembre 2010 de la Cour de céans, le dossier a été renvoyé à l'intimé afin qu'il en complète l'instruction sur le plan médical par la mise en œuvre d'une expertise "auprès d'une institution ou d'un

spécialiste en psychiatrie qui n'a pas encore été saisi du dossier" (cf. CASSO AI 100/08 – 387/2010 du 30 septembre 2010, consid. 5d). Reprenant l'instruction de la demande déposée en mai 2004, l'intimé a confié au Dr C. \_\_\_\_\_ la réalisation d'une expertise. Au terme d'un rapport d'expertise psychiatrique du 9 mai 2011, le Dr C. \_\_\_\_\_ a retenu que la recourante bénéficiait d'une capacité de travail résiduelle de 50% en raison de ses troubles psychiatriques, remontant au mois d'avril 2005. Ce n'est ainsi qu'à compter du 9 mai 2011 que l'on dispose des résultats des investigations médicales supplémentaires nécessaires pour se déterminer sans équivoque sur la capacité de travail résiduelle de l'assurée compte tenu de ses troubles psychiatriques. Partant si l'on se fonde sur l'âge de la recourante au moment déterminant pour le droit à la rente (cf. consid. 4a supra), soit en mai 2011, date à laquelle les éléments médicaux permettent clairement d'établir la capacité de travail, l'assurée était âgée de 64 ans et un mois, soit l'âge donnant droit à une rente de vieillesse (64 ans révolus pour les femmes, cf. art. 21 al. 1 let. b LAVS [loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants, RS 831.10]), il faut considérer qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité de travail sur un marché équilibré. Certes l'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés, 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). Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Dans le présent cas, compte tenu de l'âge de l'assurée lui ouvrant droit à une rente de vieillesse, il n'est pas réaliste – sous couvert de l'obligation de diminuer le dommage – de considérer que cette assurée est en mesure de retrouver un emploi à mi-temps sur un marché équilibré du travail (cf. consid. 3d-e supra). 5. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, fondé, doit être admis et la décision rendue le 23 janvier 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité réformée en ce sens que la recourante a droit, dès le 1<sup>er</sup> avril 2006, à une rente entière (cf. consid. 3b-c supra). 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumis à des frais de justice. Selon la pratique récente de la Cour de céans, se référant à l'art. 69 al. 1bis LAI, cela vaut également pour l'OAI (CASSO AI 230/11 du 23 avril 2012, consid. 7). Le droit fédéral prime en effet le droit cantonal qui lui est contraire, à savoir la règle de l'art. 52 LPA-VD, selon laquelle des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l'Etat. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs. c) Obtenant gain de cause, la recourante, par ailleurs représentée par un mandataire professionnel, a droit à des dépens, arrêtés à 1'500 fr., à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 23 janvier 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que D. \_\_\_\_\_ a droit, dès le 1<sup>er</sup> avril 2006, à une rente entière d'invalidité. III. Les frais de justice à hauteur de 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à D. \_\_\_\_\_ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Jean-Marie Agier du service juridique d'Intégration Handicap (pour D. \_\_\_\_\_), ■ 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.