

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 465 vom 23. September 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-09-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2015\\_\\_465](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2015__465)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 465 du 23 septembre 2015

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 465 del 23 settembre 2015

## Regeste

MOTIF DE RÉVISION, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, COMPARAISON DES REVENUS, SUPPRESSION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE | 28 LAI, 28a LAI, 16 LPGA, 17 LPGA, 8 LPGA, 88a RAI, 88bis RAI

## Erwägungen

### E. 17

LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833). b) L'art. 88a al. 1 RAI stipule que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où 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 a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Selon l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie. c) S'agissant des effets d'une modification du droit aux prestations par voie de révision, l'art. 88bis al. 1 RAI vient préciser que l'augmentation de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet, au plus tôt : si la révision a été demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée (let. a) ; si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel on l'avait prévue (let. b) ; s'il est constaté que la décision de l'office AI désavantageant l'assuré était manifestement erronée, dès le mois où le vice a été découvert (let. c). L'art. 88bis al. 2 RAI stipule que la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet : au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a) ; rétroactivement à la date à laquelle elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77 (let. b). 6. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 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 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 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. 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). A teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2). L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière. b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, 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'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF

9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C\_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2). L'on ajoutera que l'allégation de douleurs ne saurait suffire pour justifier une invalidité au vu des difficultés, en matière de preuve, à établir leur existence. Ainsi, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, de telles plaintes doivent être confirmées par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; TF I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1 et la référence citée). 7. Est déterminante en l'espèce la période débutant dès le 15 mars 2005, soit à compter de la décision initiale d'octroi d'une demi-rente AI, entrée en force à l'issue d'un examen matériel du droit aux prestations, jusqu'au 5 mai 2014, date de la décision entreprise. a) Sur le plan médical, l'assurée a fait l'objet de deux expertises pluridisciplinaires, réalisées en 2004 par la Drs D. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_, respectivement en 2013 au sein de la Clinique Q. \_\_\_\_\_. aa) Il n'est pas contesté que la recourante ne présente sous l'angle psychique aucune atteinte à la santé invalidante, le status s'avérant globalement superposable entre 2004 et 2013. Tant le Dr D. \_\_\_\_\_ que l'expert de la Clinique Q. \_\_\_\_\_, le Dr X. \_\_\_\_\_, ont relevé l'absence d'incidence de l'état de santé psychique sur la capacité de travail. Quand bien même le Dr X. \_\_\_\_\_ a évoqué le diagnostic de « dysthymie », alors que le Dr D. \_\_\_\_\_ n'avait mentionné aucune pathologie du registre psychique, il n'en demeure pas moins que la faible intensité des fluctuations d'humeur de la recourante ne saurait engendrer quelconque restriction à une insertion sur le marché du travail. L'assurée elle-même ne formule d'ailleurs aucun grief sur ce registre. ab) Quant à l'état de santé somatique que celle-ci considère insuffisamment investigué et dont l'impact sur sa capacité de travail serait sous-évalué, il faut certes constater que de nouveaux diagnostics d'ordre rhumatologique ont été observés par les experts de la Clinique Q. \_\_\_\_\_ en comparaison à ceux qu'avaient pris en compte en son temps la Dresse B. \_\_\_\_\_. En particulier, on peut relever les « gonalgies droites », la « tendinopathie d'Achille bilatérale » et les « cervicalgies non spécifiques » indiquées par les spécialistes de la Clinique Q. \_\_\_\_\_. Cela étant, ces problématiques n'induisent objectivement, aux dires d'experts, aucune restriction fonctionnelle supplémentaire. La recourante demeure capable d'exercer une activité lucrative exempte de ports de charges lourdes, de déplacements en terrain irrégulier, de mouvement en porte-à-faux du rachis et permettant l'alternance des positions, soit

essentiellement une activité sédentaire. Quoi qu'en dise l'assurée, les céphalées dont elle s'est plainte dans le cadre de la procédure de révision entamée par l'OAI-VD étaient connues de l'administration à la date de la décision initiale du 15 mars 2005. L'unique divergence importante entre la situation prévalant au moment de ladite décision et les circonstances actuelles réside en définitive dans l'appréciation médicale de la capacité de travail de l'assurée. En dépit de la dégradation de l'état de santé dont la recourante se prévaut, il apparaît que les experts de la Clinique Q.\_\_\_\_\_ l'ont estimée apte à déployer une activité adaptée à plein temps, alors que les Drs D.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ avaient évalué sa capacité à 60% au maximum. A cet égard, les précisions apportées par les experts de la Clinique Q.\_\_\_\_\_, à l'issue du complément du 10 décembre 2013, expliquent à satisfaction leur appréciation divergente de la capacité de travail de l'assurée sans remettre en question l'évaluation antérieure des Drs D.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_. A cela s'ajoute qu'à l'époque de la première expertise, la recourante suivait toujours un traitement intensif de physiothérapie, au terme duquel la Dresse B.\_\_\_\_\_ évaluait sa capacité de travail entre 60% et 65%. Il s'agit là d'un pronostic qui n'a en l'occurrence pas été vérifié par un examen clinique en temps utile. Par ailleurs, l'expertise de 2004 était bidisciplinaire (neurochirurgie et psychiatrie), alors que celle de 2013 était pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie, neurologie et psychiatrie), de surcroît fondée sur une observation de trois jours et non sur un seul examen ambulatoire. Ainsi, la divergence entre les deux expertises pourrait-elle s'expliquer par l'état de santé encore évolutif de la recourante et du fait d'un examen clinique restreint à une seule spécialité somatique lors de l'expertise de 2004. ac) Dans ce contexte, il convient de relever que malgré ces appréciations divergentes, les rapports d'expertise pluridisciplinaire de la Clinique Q.\_\_\_\_\_ remplissent tous deux les réquisits jurisprudentiels rappelés plus haut sous considérant 6b, de sorte que l'on ne voit aucune raison de leur dénier pleine valeur probante ou de les compléter. Singulièrement, les différents spécialistes ayant examiné l'assurée ont procédé à des investigations extrêmement minutieuses et fouillées de son état de santé objectif, sans manquer de détailler les éléments pertinents de l'anamnèse et de relever exhaustivement les plaintes alléguées. Ils ont en particulier opéré une analyse complète des pièces médicales et avis spécialisés, tout en discutant l'ensemble des diagnostics retenus ou évoqués dans le cas de la recourante avant de communiquer leurs conclusions respectives. Ces dernières, pour le moins étayées, apparaissent tout à fait convaincantes compte tenu des observations cliniques consignées par chacun des experts. Dès lors, à l'instar de l'intimé, il s'impose de considérer que la situation médicale de la recourante n'a – au degré de la vraisemblance prépondérante – que peu évolué depuis la décision initiale de rente du 15 mars 2005, l'importante symptomatologie douloureuse alléguée (céphalées et douleurs du membre inférieur droit) ne justifiant pas en soi une invalidité, faute de substrat organique mis en évidence à l'issue des expertises requises par l'administration. Cette conclusion n'est pas susceptible d'être ébranlée par les avis communiqués par les médecins traitants de la recourante. Leur appréciation de sa situation, singulièrement de la capacité de travail, tient en effet compte des douleurs alléguées par leur patiente, soit d'éléments subjectifs, non corroborés par les observations cliniques des différents experts mandatés par l'intimé. En retenant l'absence de changement significatif en termes de capacité de travail entre le 15 mars 2005 et la décision entreprise, l'OAI-VD a considéré de facto l'absence de motif de révision, au sens de l'art. 17 LPGA, du droit à la rente de l'assurée d'un point de vue strictement médical. L'intimé aurait néanmoins été légitimé à se fonder sur les rapports d'expertise de la Clinique Q.\_\_\_\_\_ pour retenir une capacité de travail de 100% dans

une activité adaptée aux limitations fonctionnelles et constater ainsi une amélioration de l'état de santé de l'assurée motivant une révision sous l'angle médical. Cette question ne sera pas examinée plus avant dans la mesure où il existe en l'occurrence un autre motif de révision de par la modification de la situation professionnelle de la recourante. b) En effet, sur le plan économique, l'assurée a annoncé une modification substantielle de sa situation professionnelle dès avril 2006, suite à la cessation de l'exploitation de son restaurant de montagne et sa collaboration au nouveau domaine agricole géré par son conjoint dans le canton de Vaud. Ce changement est à l'évidence constitutif d'un motif de révision au sens entendu par l'art. 17 LPGA, dans la mesure où il implique in casu un changement de la méthode d'évaluation de l'invalidité de la recourante (cf. également la jurisprudence fédérale énoncée supra sur cette question sous considérant 5a). Il est en effet rappelé qu'à l'occasion de la demande de prestations AI déposée le 19 décembre 2003, l'activité de restauratrice déployée par l'assurée avait fait l'objet d'une enquête économique, conduite par l'OAI-BE le 13 janvier 2005. A son terme, l'enquêteur de cet office avait opté pour la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité, vu les incertitudes liées aux revenus avec et sans invalidité pour des raisons conjoncturelles (démarrage récent de l'exploitation). L'enquêteur avait par ailleurs pris en compte le contexte particulier de l'activité de restauratrice, indissociable de la gestion du domaine agricole par son conjoint, dans le cadre d'un contrat de bail à ferme. Il n'avait dès lors pas envisagé l'exigibilité d'un changement d'activité. La situation de la recourante est tout autre à partir d'avril 2006, soit dès son déménagement dans le canton de Vaud, où son époux exploite un autre domaine agricole et où l'assurée a cessé d'assumer la tenue d'un restaurant. Une telle modification des circonstances implique incontestablement une réévaluation de l'invalidité, par le biais de la méthode ordinaire de comparaison des gains, les conclusions de l'enquête économique du 13 janvier 2005 ne se trouvant plus d'actualité. c) En définitive, il s'ensuit que l'OAI-VD était légitimé à réexaminer au fond le droit aux prestations AI de l'assurée, ce sous l'angle de l'art. 17 LPGA, compte tenu de la modification du contexte professionnel de l'assurée, survenue postérieurement à la décision du 15 mars 2005. 8. Doivent à ce stade être discutées la question des mesures professionnelles entrant en ligne de compte en l'espèce et l'adéquation des mesures d'orientation professionnelle proposées par l'intimé. a) Le rôle principal de l'assurance-invalidité consiste à éliminer ou à atténuer au mieux les effets préjudiciables d'une atteinte à la santé sur la capacité de gain de la personne assurée, en privilégiant au premier plan l'objectif de réinsertion dans la vie professionnelle active ou dans le secteur d'activité initial, et au second plan le versement de prestations en espèces (Message du 22 juin 2005 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5e révision de l'AI] ; FF 2005 4215, 4223 ch. 1.1.1.2). L'examen d'un éventuel droit à des prestations de l'assurance-invalidité doit par conséquent procéder d'une démarche au centre de laquelle figure avant tout la valorisation économique des aptitudes résiduelles – fonctionnelles et/ou intellectuelles – de la personne assurée. Les mesures qui peuvent être exigées de la personne assurée doivent être aptes à atténuer les conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 138 I 205 consid. 3.1 et la référence citée). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel une personne invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle 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). 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 prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (TF 9C\_540/2011 du 15 mars 2012 consid. 3.2 et les arrêts cités ; 9C\_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.2.2 et les arrêts cités). On ajoutera, eu égard à l'obligation de diminuer le dommage, que l'art. 21 al. 4 LPGA prévoit que les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle capacité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. b) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). La prestation dont il est question doit remplir les conditions de simplicité et d'adéquation, ce qui suppose qu'elle soit propre à atteindre le but fixé par la loi et apparaisse nécessaire et suffisante à cette fin. Il doit par ailleurs exister un rapport raisonnable entre le coût et l'utilité de la prestation compte tenu de l'ensemble des circonstances de fait et de droit du cas particulier (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références ; cf. Ulrich Meyer-Blaser, *Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht*, 1985, p. 82 ss et 123 ss). c) En vertu de l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession, bien qu'il soit capable, en soi, d'opérer un tel choix. L'invalidité au sens de cette disposition réside dans l'empêchement de choisir une profession ou d'exercer l'activité exercée jusqu'alors à la suite de problèmes de santé. Est à prendre en considération tout handicap physique ou psychique propre à réduire le nombre des professions et activités que l'assuré pourrait exercer, compte tenu des dispositions personnelles, des aptitudes exigées et des possibilités disponibles, ou à empêcher l'exercice de l'activité déployée jusqu'à présent (ATF 114 V 29 consid. 1a). L'octroi d'une orientation professionnelle suppose que l'assuré soit entravé, même de manière faible, dans sa recherche d'un emploi adéquat à la suite de problèmes de santé (TFA I 11/99 du 15 octobre 1999 consid. 6). Sont exclus les handicaps insignifiants qui n'ont pas pour effet de provoquer un empêchement sérieux et qui, par conséquent, ne justifient pas l'intervention de l'assurance-invalidité (ATF 114 V 29 consid. 1a ; cf. Ulrich Meyer-Blaser, *op. cit.*, p. 156 ss). L'orientation professionnelle doit guider l'assuré vers l'activité dans laquelle il aura le plus de chances de succès, compte tenu de ses dispositions et de ses aptitudes. Parmi les mesures qui peuvent entrer en ligne de compte figurent notamment les entretiens

d'orientation, les tests d'aptitudes ou encore les stages d'observation en milieu ou hors milieu professionnel (RCC 1988 p. 191 ; TF 9C\_534/2010 du 10 février 2011 consid. 3). d) Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références). Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à la personne assurée une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'intéressé n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas. En particulier, il ne peut prétendre une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références). Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, dès lors qu'elles présupposent un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules entrent en ligne de compte, en vue de l'acquisition d'une formation professionnelle, celles qui peuvent s'articuler sur ce minimum de connaissances. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. La personne qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a). e) En l'espèce, force est de souligner préalablement qu'au vu des handicaps présentés par l'assurée dans l'exercice d'une activité du domaine agricole, un changement d'activité professionnelle s'avère susceptible de restaurer notablement sa capacité de gain. L'enquêtrice de J. \_\_\_\_\_ Sàrl a en effet constaté que l'assurée n'est en mesure d'assurer qu'un temps de travail limité à 9% au sein de l'exploitation de son conjoint (cf. rapport d'enquête du 6 mai 2010), alors que d'un point de vue médical, elle serait susceptible d'exercer une activité lucrative au minimum à 60%, voire à 100% selon la récente expertise réalisée à la Clinique Q. \_\_\_\_\_. Il ne fait dès lors pas de doute que la recourante ne met pas à profit sa meilleure capacité de travail et de gain en poursuivant ses activités dans le domaine agricole de son époux. Dès lors qu'elle a été par le passé occupée dans divers emplois ne requérant pas de qualification professionnelle et au vu de son âge encore fort éloigné de la retraite, il apparaît parfaitement exigible de la recourante qu'elle reprenne une activité lucrative adaptée hors du domaine agricole, dans lequel un emploi paraît d'emblée peu en adéquation avec ses limitations fonctionnelles. f) De ce fait, contrairement à ce que soutient l'assurée, les mesures d'orientation professionnelle au sens de l'art. 15 LAI, proposées par l'OAI-VD au sein du Centre L. \_\_\_\_\_ et du Centre U. \_\_\_\_\_, étaient à même de définir précisément un secteur économique, voire un poste de travail respectant l'état de santé de la recourante. En déclinant toute participation aux stages en question, l'assurée a clairement violé son obligation de diminuer le dommage, ce qui légitimait l'OAI-VD à refuser d'envisager des

mesures professionnelles subséquentes après la mise en demeure expédiée le 31 mars 2011, conformément aux conditions posées par l'art. 21 al. 4 LPGA. Au stade de la présente procédure, si l'assurée a derechef fait valoir l'inadéquation des mesures préconisées, elle a en particulier contesté la capacité de travail qui lui a été reconnue sur le plan médical. Aussi, il y a lieu de nier que de nouvelles mesures d'orientation professionnelle seraient subjectivement susceptibles d'atteindre leur but, faute de motivation de la recourante à entrer dans une démarche de réintégration sur le marché de l'emploi. Concernant par ailleurs spécifiquement le droit à un reclassement professionnel au sens de l'art. 17 LAI, on peut de toute façon douter que les conditions objectives – telles que la simplicité et l'adéquation – et subjectives – en termes de motivation de l'assurée – liées à l'octroi d'une telle mesure seraient remplies in casu. Il s'ensuit que le droit à des mesures professionnelles ne peut qu'être nié en l'état, au vu du comportement de l'assurée. 9. Reste à examiner l'évaluation de l'invalidité opérée par l'intimé que l'assurée conteste tout particulièrement au regard du revenu hypothétique sans invalidité déterminant pour ce calcul. a) En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Aux termes de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). b) A teneur de l'art. 25 al. 1 RAI, est réputé revenu déterminant au sens de l'art. 16 LPGA, pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu annuel présumable, sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS. Le revenu sans invalidité doit cela étant être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C\_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente, respectivement à la date de la décision statuant sur les effets d'une modification de la situation de l'assuré (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; 128 V 174 consid. 4a). Par revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide au sens de l'art. 16 LPGA, il faut entendre ce qu'il réaliserait effectivement s'il était en bonne santé, et non pas ce qu'il pourrait gagner dans le meilleur des cas. Si, en se basant sur les circonstances du cas particulier, il y a lieu d'admettre que l'assuré, en l'absence d'atteinte à la santé, se serait contenté d'un gain modeste, il faut prendre en compte ce revenu, même s'il avait pu bénéficier de meilleures conditions de rémunération (ATF 125 V 46 consid. 5c/bb) ; il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas particulier que l'assuré ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable ou lorsque le dernier salaire obtenu ne correspond manifestement pas à ce que l'assuré aurait été en mesure de réaliser – au degré de la vraisemblance prépondérante – s'il n'était pas devenu invalide. Il y a alors lieu en principe de se rapporter aux données statistiques résultant de l'ESS, publiées par l'OFS (TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.2 ; VSI 1999 p. 246). ba) In casu, l'OAI-VD a considéré que la recourante en bonne santé aurait vraisemblablement déployé une activité

d'employée agricole à plein temps auprès de son conjoint, ainsi qu'elle l'a déclaré aussi bien à l'enquêteur de l'OAI-BE en janvier 2005 qu'à l'enquêtrice de J. \_\_\_\_\_ Sàrl en mai 2010. Le statut d'active à 100% lui a donc été reconnu, ce qui rejoint d'ailleurs les observations consignées au terme de l'enquête ménagère du 2 septembre 2009, au vu des impératifs financiers de sa famille et de son propre parcours professionnel. Cette conclusion ne prête pas flanc à la critique dans la mesure où elle correspond également aux intérêts personnels de l'assurée qui a démontré par le passé avoir participé activement à la gestion des domaines agricoles exploités par son époux. L'OAI-VD a en conséquence déterminé le revenu hypothétique sans invalidité en se fondant sur le salaire minimum cantonal fixé par l'ACTT-agr, actualisé à l'année 2011 selon les indications du Service de l'emploi. C'est ainsi un revenu déterminant de 3'320 fr. par mois, soit 39'840 fr. par année, qui a été pris en compte pour procéder à la comparaison des gains. A l'année déterminante où la décision querellée a été rendue, soit 2014, le même montant devrait d'ailleurs être pris en compte étant donné qu'il n'a fait l'objet d'aucune adaptation, selon l'information communiquée aux exploitants agricoles du canton de Vaud par le Service de l'emploi le 10 décembre 2013. On ajoutera qu'il n'y a pas lieu de se rallier à l'argument de la recourante selon lequel elle aurait été en mesure de réaliser un revenu mensuel de 4'000 fr., voire 4'500 fr., compte tenu de son âge et de son expérience du domaine agricole. Il apparaît en effet que l'assurée n'est dotée d'aucune formation spécifique dans ce secteur et qu'elle n'assumerait – au degré de la vraisemblance prépondérante – aucune responsabilité d'exploitation, laquelle repose pour l'essentiel sur son époux. Il est bien davantage plausible, selon ses propres allégués à l'enquêtrice de J. \_\_\_\_\_ Sàrl qu'elle se chargerait de tâches spécifiques, typiquement dévolues à un employé agricole sans qualification préalable requise, telle que la traite des vaches, la conduite du tracteur ou les foins (cf. également à cet égard les déclarations de l'assurée consignées dans le rapport d'enquête ménagère du 3 septembre 2009). En outre, on observera à titre indicatif que l'examen des comptes individuels AVS de la recourante révèle que celle-ci, même sans atteinte à la santé, n'a jamais réalisé un revenu supérieur à 30'000 fr. par année. De même, le montant de 39'840 fr. se trouve proche du revenu sans invalidité retenu précédemment pour l'activité indépendante dans un restaurant de montagne, fixé à 38'412 (cf. rapport d'enquête sur l'activité indépendante de l'OAI-BE du 4 février 2005). Ces éléments rendent d'autant moins plausible la réalisation de gains mensuels se montant ou excédant 4'000 fr. par mois, telle que soutenue par l'assurée dans son acte de recours du 31 mai 2014. Partant, le revenu sans invalidité de 39'840 fr. mis en évidence par l'OAI-VD peut être confirmé. bb) Par surabondance, il convient de remarquer que si le revenu hypothétique sans invalidité devait être déterminé sur la base de l'ESS, il serait envisageable de recourir aux statistiques salariales de l'année 2008, lesquelles contiennent des données relatives au domaine agricole. La ligne 01 du TA1, afférente à l'horticulture, comprend la culture et la production animale, soit la culture de fruits et légumes, ainsi que l'élevage de petits animaux, et prévoit un revenu mensuel de 2'711 fr. réalisable par une femme dans une activité de niveau 4 sans qualification particulière. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2014 (41,7 heures ; cf. OFS / Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA 2008], en heures par semaine, valable pour les années 1990 à 2014, disponible sur [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) sous rubrique 03-Travail et rémunération), ce revenu devrait être majoré à 2'826 francs. Après annualisation et actualisation à l'année 2014 au moyen de l'indice suisse des salaires nominaux (cf. OFS / Evolution des salaires nominaux,

des prix à la consommation et des salaires réels 1939-2014, disponible sur [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) sous rubrique 03-Travail et rémunération), le revenu sans invalidité fondé sur l'ESS serait porté à 36'276 francs. Ce montant, s'avérant au demeurant défavorable à la recourante, peut être écarté au profit du revenu ressortant de l'ACTT-agr pour la comparaison des gains, selon les considérations exposées supra sous considérant 9b/ba. c) Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité. En revanche, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS, voire sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes de travail (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). En cas de recours à l'ESS, on se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; Pratique VSI 1999 p. 182). En outre, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalidité, ce uniquement dans l'hypothèse de l'usage des ESS. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79; TF 9C\_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Cette énumération d'éléments personnels et professionnels pouvant justifier une déduction doit toujours s'inscrire dans le but visé par la jurisprudence qui est de déterminer, à partir de valeurs statistiques, un revenu d'invalidité qui corresponde au mieux, in concreto, à l'exploitation lucrative raisonnablement exigible des activités encore possibles dans le cadre de la capacité résiduelle de travail (ATF 126 V 75 consid. 5 ; TF 8C\_887/2008 du 24 juin 2009). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (TF 8C\_711/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.2.1). La déduction doit être déterminée et motivée en analysant la situation individuelle. Il n'est pas admis de cumuler des déductions quantifiées séparément pour chaque facteur pris en compte, car en opérant de la sorte on en ignorerait les interactions eu égard à une approche globale de la situation (ATF 126 V 75 consid. 5). ca) En l'occurrence, les ESS 2012 indiquent un salaire de référence de 4'112 fr. par mois, réalisable par une femme sans formation professionnelle

dans toutes activités des secteurs de la production et des services (ESS 2012, TA1, montant total, niveau de qualification 1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2014 (41,7 heures ; cf. OFS / Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA 2008], en heures par semaine, valable pour les années 1990 à 2014, disponible sur [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) sous rubrique 03-Travail et rémunération), le revenu mensuel précité doit être porté à 4'287 fr. La recourante étant en mesure d'exploiter une capacité de travail de 60% au minimum dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, le salaire pouvant être dégagé s'élève annuellement à 31'369 fr. après actualisation à l'année 2014 au moyen de l'indice suisse des salaires nominaux (cf. OFS / Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 1939-2014, disponible sur [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) sous rubrique 03-Travail et rémunération).

cb) Par ailleurs, à l'instar de l'OAI-VD, il n'y a pas lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques en l'espèce. Ainsi que l'a relevé l'intimé, l'assurée est encore jeune, de nationalité suisse et susceptible d'adaptation, ce qu'atteste son parcours professionnel au cours duquel elle a été en mesure d'occuper divers emplois non qualifiés, y compris à temps partiel. Elle a de même été parfaitement capable de faire face aux aléas engendrés par ses problèmes de santé, en modulant ses activités au sein du domaine agricole de son conjoint dans les limites de ses restrictions fonctionnelles. On ajoutera singulièrement eu égard à ces restrictions, qu'elles ne justifient pas à elles seules un abattement sur le salaire statistique, étant précisé qu'elles sont largement prises en compte dans l'estimation d'une capacité de travail partielle de 60% dans une activité adaptée. Cette conclusion s'impose d'autant plus au vu des conclusions des experts de la Clinique Q. \_\_\_\_\_ en lien avec la capacité de travail, lesquels ont considéré une activité à plein temps accessible à la recourante en dépit de son état de santé. Dès lors, le revenu déterminant d'invalidité peut être arrêté à 31'369 fr. en l'absence de toute réduction supplémentaire des salaires statistiques. d) Après comparaison du revenu d'invalidité de 31'369 fr. au revenu sans invalidité de 39'840 fr. valable en 2014, le taux d'invalidité de l'assurée se monte à 21,3%,  $([39'840 - 31'369] \times 100 / 39'840)$ , arrondi à 21% (cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2), ce qui exclut à l'évidence le droit à des prestations AI sous forme de rente. Si le revenu sans invalidité pris en compte avait été fixé sur la base de l'ESS, le taux d'invalidité de la recourante s'en trouverait diminué à 13,5%  $([36'276 - 31'369] \times 100 / 36'276)$ , permettant derechef de nier son droit à une rente d'invalidité. e) Vu les considérants qui précèdent, il y a lieu de conclure que l'intimé était fondé à prononcer la suppression de la demi-rente d'invalidité précédemment allouée à la recourante, sur la base de l'art. 88bis al. 2 RAI, selon les termes de sa décision du 5 mai 2014. 9. Il s'ensuit que le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). In casu, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge de la recourante, sont arrêtés à 400 francs. b) Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens, la recourante n'étant de toute manière pas représentée (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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