

## **VD\_GERICHTE ZD08.027678 vom 23. Februar 2010**

VD Tribunal cantonal, 2010-02-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD08.027678](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD08.027678)

FR: VD\_GERICHTE ZD08.027678 du 23 février 2010

IT: VD\_GERICHTE ZD08.027678 del 23 febbraio 2010

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente (soit au quart d'une rente entière), un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière. b) aa) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le degré 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. En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé; le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire 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 (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1; 134 V 322, consid. 4.1; TFA I 1034/06 du 6 décembre 2007, consid. 3.3.2.1). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou qu'aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de

- 20 - travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part dans un marché du travail équilibré, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base notamment des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique. Dans ce cas, l'on réduira le montant des salaires ressortant de ces données en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalide, tels que le handicap, l'âge, les années de service, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation, susceptibles de limiter ses perspectives salariales; on procédera alors à une évaluation globale des effets de ces empêchements sur le revenu d'invalide, étant précisé que la jurisprudence n'admet pas de déduction supérieure à 25% (ATF 134 V 322, consid. 5.2; 126 V 75, consid. 3b/aa et bb et 5a). bb) Conformément à la jurisprudence, toute personne qui demande des prestations de l'assurance-invalidité doit, préalablement, faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger d'elle afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité; il incombe au

recourant, fût-ce au prix d'un effort considérable, de diminuer le dommage résultant de son atteinte à la santé (ATF 113 V 22, RCC 1987 p. 458). Suivant les circonstances, l'obligation de réduire le dommage peut s'étendre aux domaines les plus divers (auto-réadaptation, changement de domicile, obligation de se soumettre à une mesure de réadaptation professionnelle ou médicale, etc.). Toutefois, on ne peut exiger du recourant que des mesures qui sont raisonnablement exigibles compte tenu de toutes les données objectives et subjectives (RCC 1985 p. 328; RCC 1987 p. 458). cc) S'agissant du cas particulier des troubles somatoformes douloureux, il ressort de la jurisprudence que de tels troubles n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352, consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49). La jurisprudence a étendu cette présomption au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65, consid. 4.2.1).

- 21 - Toutefois, le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté (voir également ATF 131 V 49; 130 V 352). Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur. Toutefois, le diagnostic de trouble dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [éd.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4e éd., p. 191) sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352, consid. 3.3.1, et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie, etc.). Enfin, on conclura à l'absence

- 22 - d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple, une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré

un environnement psychosocial intact; voir ATF 132 V 65, consid. 4.2.2; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352, consid. 2.2.2, et 396, consid. 5.3.2). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie ou de troubles somatoformes douloureux est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que, comme on l'a dit, les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle – eu égard également aux critères déterminants précités (ATF 132 V 65, consid. 4.2.2) – que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi Henningsen, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in: Praxis 94/2005, p. 2007 ss). On peut réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail.

- 23 - c) aa) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261, consid. 4; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2; 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 261, consid. 4; 115 V 134, consid. 2; 114 V 314, consid. 2c; 105 V 158, consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a, et les références citées; 134 V 231, consid. 5.1; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de

- 24 - 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, cons. 3b/cc, et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre 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; TFA I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 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 ces 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. bb) L'assureur et l'instance de recours, en l'occurrence le Tribunal de céans, sont tenus d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282, consid. 4a; TFA I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

#### **E. 4**

a) En l'espèce, la recourante conteste la force probante du rapport d'expertise du CEMed du 22 mai 2008, réalisé par les Drs K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine

- 25 - interne, et B.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie. Elle estime présenter non seulement quatre affections psychiatriques en comorbidité avec son trouble somatoforme douloureux, de sorte que celui-ci doit être reconnu comme invalidant, mais présenter également, sur le plan anxieux, une tension, une inquiétude, des manifestations d'anxiété neurovégétatives et de l'agoraphobie dans une mesure limitative. En outre, elle souligne souffrir d'affections chroniques mises en évidence tant par le Dr L.\_\_\_\_\_ que le Dr G.\_\_\_\_\_ (céphalées chroniques mixtes, polyallergie, maladie de Vaquez, etc.), d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, d'une perte d'intégration et d'un état psychique cristallisé; elle considère également que les traitements ambulatoires et statiques ont échoué. S'agissant du rapport d'expertise du CEMed, rendu le 22 mai 2008, il convient de souligner qu'il a été réalisé par quatre spécialistes des domaines médicaux investigués. Ce rapport comprend notamment des données personnelles et administratives, une analyse du dossier – avec rappel des pièces versées –, des données subjectives, des données objectives, des résultats d'examen, une étude du dossier radiologique, une synthèse, la discussion du cas et les réponses aux questions de l'OAI. En outre, les experts ont procédé à des examens complémentaires, dont des questionnaires d'autoévaluation, et à une synthèse et une discussion particulièrement circonstanciées. Il présente ainsi tous les éléments exigés par la jurisprudence pour avoir valeur probante. En ce qui concerne les erreurs et incohérences dont se prévaut la recourante, force est de constater que la majorité de celles-ci n'ont aucune influence sur les diagnostics ni sur

l'appréciation de la capacité de travail. Il est en effet indifférent de savoir si la recourante est allergique aux AINS, ce qui importe est de déterminer dans quelle mesure l'atteinte à la santé – qui requiert un traitement à base de AINS ou autres – a des répercussions sur la capacité de travail; quant à l'erreur s'agissant de la spécialisation du Dr W. \_\_\_\_\_, elle n'est que formelle et sans incidence sur l'appréciation de la capacité de travail. En ce qui concerne la maladie de Vaquez, on ne voit pas en quoi le fait qu'elle soit incurable et qu'elle ne peut qu'aggraver l'état de santé de la recourante, tel que le soutient cette dernière, soit

- 26 - incompatible avec l'appréciation du CEMed, selon lequel elle est "actuellement stable et l'assurée ne devrait pas présenter de symptômes associés à cette maladie". En effet, seul l'état de fait au moment où la décision entreprise a été rendue est déterminant. Une évolution future – qui au demeurant ne peut être assimilée à une donnée objective, compte tenu de son imprévisibilité – n'entre pas en considération, mais devra le cas échéant faire l'objet d'une révision. Concernant les deux à trois épisodes de maux de tête de 6 à 72 heures, les experts n'ont fait que rapporter ce que la recourante leur a déclaré; il ne s'agit en aucun cas d'une observation objective qu'ils auraient faite. A ce sujet, ils soulignent d'ailleurs que la recourante ne bénéficiait pas d'un traitement de fond mais que celui-ci était prévu et qu'elle présentait des céphalées en casque depuis 1999. Pour le surplus, le résultat de l'examen neurologique s'est avéré dans les normes, compte tenu notamment de l'âge de la recourante. Dans ces circonstances, la capacité de travail retenue n'apparaît pas comme incohérente. En définitive, l'expertise doit se voir reconnaître valeur probante, d'autant plus que la recourante n'a pu avancer le moindre doute en la matière. S'agissant des affections corporelles chroniques (céphalées mixtes, lombalgies, etc.), elles ont été prises en considération par les experts du CEMed. C'est notamment sur la base de ces affections qu'ils ont estimé que la recourante présentait une incapacité de travail de l'ordre de 30%. Au demeurant, il convient de rappeler que, conformément à la jurisprudence, l'avis des médecins traitants, soit en l'occurrence des Drs L. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_, doit être généralement admis avec réserve. En outre, il convient de retenir que le Dr G. \_\_\_\_\_, en particulier lorsqu'il déclare que la recourante est en incapacité totale de travailler depuis août 2004, se prononce sur une période durant laquelle il n'a pas suivi la recourante. En effet, il ressort de son rapport du 27 janvier 2005, qu'il a suivi la recourante de février 1999 à novembre 2000. Il n'a ensuite revu la recourante qu'en janvier 2005, afin d'établir le rapport rendu ce mois-là. En l'absence d'un suivi durant la période en cause, on ne peut que réserver la pertinence du rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ à ce sujet. En ce qui concerne les migraines vraies et la fibromyalgie, que la recourante

- 27 - présenterait depuis qu'elle est âgée de 12 ans (1967), relevées par le Dr L. \_\_\_\_\_, ces atteintes n'ont pas empêché la recourante d'assumer un bon fonctionnement socioprofessionnelle jusqu'à ces dernières années – ce qui ressort également du rapport d'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_ du 29 juillet 2005, dont se prévaut la recourante; elle a en effet pu mener à bien et à terme ses études, fonder une famille et exercer une profession. S'agissant de l'argument relatif à un état psychique cristallisé et à un échec de tous les traitements ambulatoires ou statiques, il ne peut être suivi. En effet, il ressort des pièces qu'à la date du rapport du CEMed, elle ne bénéficiait d'aucun traitement de fond pour les céphalées et n'avait tenté aucun traitement à base de psychotrope (fibromyalgie, anxiété neurovégétative, agoraphobie, etc.); au demeurant, elle n'était pas suivie d'un point de vue psychiatrique. Dans ces circonstances, on ne peut valablement soutenir que la recourante a fait tout ce que l'on était en droit d'exiger d'elle pour notamment diminuer son dommage et

considérer que tous les traitements ont échoué. Dès lors, l'appréciation du Dr M. \_\_\_\_\_, lequel retient une incapacité de travail de 57% à partir d'août 2003 et une incapacité totale depuis août 2004, n'est pas pertinente au sens de la LAI, compte tenu de la jurisprudence en la matière. Pour le surplus, le Dr M. \_\_\_\_\_ indique que la recourante entretient de bonnes relations avec plusieurs membres de sa famille et qu'elle rencontre périodiquement ses amis; si elle n'en revoit pas certains, ce n'est pas à cause d'un empêchement causé par un troubles psychique, mais en raison de problèmes familiaux, respectivement du fait que ses anciens amis n'arrivent pas à comprendre sa maladie. En outre, elle s'occupe du ménage et de la cuisine. Dans ces circonstances, on ne peut pas, à l'instar de ce qu'ont retenu les experts du CEMed, considérer que la recourante présente une perte d'intégration dans toutes les manifestations de la vie. Le Dr M. \_\_\_\_\_ retient également qu'elle ne présente pas de trouble de la personnalité, ni de traits morbides; elle présentait toutefois une dépression majeure, épisode isolé, en rémission partielle, d'intensité légère au moment de son rapport. Il convient par ailleurs de souligner que, depuis le traitement à base de Cipralax, la recourante ne présente plus de

- 28 - trouble de l'humeur important, ni de signes anxieux ou de troubles neurovégétatifs. Au vu de ce qui précède, on ne peut considérer que la fibromyalgie présentée par la recourante est invalidante. En effet, conformément à la jurisprudence, une telle atteinte ne peut se voir reconnaître un tel caractère qu'à titre exceptionnel, compte tenu de critères stricts. Or, en l'espèce, ceux-ci ne sont pas remplis. En effet, l'expertise dont se prévaut la recourante pour fonder le caractère invalidant de sa fibromyalgie n'est pas pertinente en la matière, car, comme constaté auparavant, à cette époque la recourante n'avait pas fait tout ce que l'on était en droit d'exiger d'elle pour diminuer son dommage, notamment elle n'avait pas tenté tous les traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art. Or, il ressort du rapport du CEMed que le traitement au Cipralax, entrepris postérieurement au rapport rendu par le Dr M. \_\_\_\_\_, a eu un effet bénéfique sur l'état de santé de la recourante, laquelle ne présentait plus de trouble de l'humeur important, ni de signes anxieux ou de troubles neurovégétatif. Au demeurant, le trouble dépressif majeur retenu par le Dr M. \_\_\_\_\_, étant isolé, en rémission partielle et d'intensité légère, ne remplit pas les conditions d'acuité et de durée exigée par la jurisprudence en matière de reconnaissance d'une comorbidité psychiatrique. Pour le surplus, il ressort clairement des pièces versées au dossier que la recourante ne présente aucun trouble de la personnalité ni de trait morbide ou de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Quant au processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission, il convient encore une fois de retenir que la recourante n'avait pas entrepris tout ce que l'on était en droit d'exiger d'elle, celle-ci n'ayant pas, en date de l'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_, suivi de traitement de fond pour ses céphalées. Au demeurant, les experts du CEMed ont tenu compte de ces céphalées dans leur appréciation de la capacité de travail de la recourante; ces atteintes, bien que ne permettant pas de reconnaître un caractère invalidant à la fibromyalgie, n'ont donc pas été ignorées. Il en va de même des lombalgies.

- 29 - En définitive, il ressort du rapport d'expertise que les appréciation des médecins du CEMed sont convaincantes. Aucun élément objectivement vérifiable n'a été ignoré dans le cadre de l'expertise. En outre, la recourante n'a pu se prévaloir d'élément objectif ou suffisamment pertinent pour remettre en cause les conclusions de ses experts. Au demeurant, seul le rapport du CEMed est le fruit d'une collaboration de plusieurs spécialistes et donc d'une examen transversal de la situation de la recourante. De ce fait, il

offre une vision globale que ne peuvent offrir différents rapports distincts limités à un seul aspect de la situation médicale de la personne concernée. Au vu de ce qui précède, la situation médicale de la recourante est suffisamment claire, de sorte qu'aucune instruction complémentaire à ce sujet n'est nécessaire. C'est ainsi avec raison que l'OAI a retenu que, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, ce qui est notamment le cas de la profession d'enseignante, la recourante présentait une capacité de travail résiduelle de 70%.

b) La recourante a également contesté la méthode de calcul de son degré d'invalidité. Elle a estimé nécessaire la mise en œuvre d'une enquête économique. S'agissant de la méthode de calcul, la recourante considère qu'il convient de comparer le revenu qu'elle aurait obtenu dans son ancienne activité, si elle l'avait exercée à 70%, avec le revenu qu'elle pourrait obtenir à 70% dans une activité adaptée. Puis, le résultat ainsi obtenu aurait dû être pondéré compte tenu de ses limitations fonctionnelles. Il convient d'emblée de retenir que cette manière de procéder est erronée. En effet, la détermination du degré d'invalidité implique que soient comparés le revenu d'invalidité avec le revenu sans invalidité. En revanche, la recourante semble soutenir qu'il convient de comparer deux revenus d'invalidité, l'un résultant de l'ancienne activité avec l'autre résultant d'une activité adaptée. Or, une telle comparaison n'aurait aucun sens, lorsque, comme cela est le cas ici, l'ancienne activité correspond à une activité adaptée. Il est en effet impossible de déterminer

- 30 - le degré d'invalidité si les deux revenus comparés sont des revenus d'invalidité, un des deux revenus à comparer devant nécessairement être un revenu sans prise en compte de l'invalidité. En outre, il ne fait aucun sens de comparer deux revenus d'invalidité qu'il faudrait encore pondérer conformément aux limitations fonctionnelles. En effet, la capacité de travail tient d'ores et déjà compte de l'influence des limitations fonctionnelles. En l'espèce, c'est la prise en considération de ces limitations qui fait que la capacité de travail résiduelle de la recourante est de 70%. Dès lors, leur prise en compte a déjà lieu lors de la comparaison du revenu d'invalidité avec celui sans invalidité, de sorte qu'une pondération subséquente ne peut avoir lieu, sous peine de prendre en considération par deux fois les limitations fonctionnelles. En l'espèce, il importe peu de déterminer dans quelle mesure la recourante travaillait en tant qu'enseignante et en tant qu'aide à son mari. En effet, il ressort notamment du rapport d'expertise du CEMed que l'activité habituelle de la recourante est adaptée à ses limitations fonctionnelles, de sorte que l'on pourrait exiger d'elle qu'elle n'exerce que cette profession. Dans ces circonstances, la mise en œuvre d'une enquête économique s'avère inutile. Au demeurant, si elle devait être réalisée, sa prise en considération n'aurait lieu que si elle permettait de reconnaître une capacité de travail supérieure à 70% – compte tenu que dans les autres cas, seule la capacité de travail dans une activité adaptée (30%) serait retenue –, ce qui serait contraire aux intérêts de la recourante. Dans ces circonstances et compte tenu du fait que l'activité habituelle est adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante, le degré d'invalidité se confond avec son incapacité de travail et doit donc être reconnu à 30%. Etant inférieur au seuil de 40% exigé par la loi (cf. art. 28 al. 2 LAI), l'incapacité de travail présentée par la recourante ne donne pas droit à une rente.

## **E. 5**

Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

- 31 - En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal

des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, un émolument judiciaire, qui doit être arrêté à 250 fr., sera mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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