

# **VD\_GERICHTE ZD10.029535 vom 10. August 2011**

VD Tribunal cantonal, 2011-08-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD10.029535](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD10.029535)

FR: VD\_GERICHTE ZD10.029535 du 10 août 2011

IT: VD\_GERICHTE ZD10.029535 del 10 agosto 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce le recours formé par l'assurée le 15 septembre 2010 a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 - 12 - décembre 1979, RSV 173.01) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr.

### **E. 2**

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifiera 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) En l'espèce, la question à examiner est celle du droit de la recourante à une rente d'invalidité, respectivement à d'éventuelles mesures d'ordre professionnel.

### **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. 1er in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

L'art. 6 LPGA définit l'incapacité de travail comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de 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 voire d'un autre domaine d'activité.

- 13 - 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, 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 trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: (a) sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; (b) il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et (c) au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. 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 autres 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 et 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/2006 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.

- 14 - 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 arrêts cités et 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). L'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante, puis à s'en approprier les conclusions. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant de pondérer la portée de différents rapports

médicaux, seul leur contenu matériel permet de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Ainsi, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve. En conséquence, l'administration ou le juge est tenu d'examiner dans le détail chaque pièce médicale versée au dossier et d'indiquer, même succinctement, les raisons qui le conduisent à retenir tel avis médical plutôt que tel autre (TF I 81/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2). 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 confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont

- 15 - généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TFA I 554/2001 du 19 avril 2002 consid. 2a). Au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, 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 (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/2006 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43; TF 9C\_94/2009 du 29 avril 2009 consid. 3.3; TF 8C\_936/2008 du 7 juillet 2009 consid. 6). Il n'en va différemment que si les médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C\_14/2009 du 8 avril 2009 consid. 3; TF 9C\_514/2009 du 3 novembre 2009 consid. 4; TF 8C\_183/2007 du 19 juin 2008 consid. 3).

#### **E. 4**

Sur la base des différents rapports, avis et certificats médicaux figurant au dossier transmis, il importe de distinguer les affections d'ordre somatique de celles d'origine psychiatrique. a) Dans un rapport médical du 14 août 2009, le médecin traitant (Dr R. \_\_\_\_\_) a diagnostiqué des lombosciatalgies gauches sur hernie discale (dès 1989) et a considéré qu'en tant que vendeuse, l'assurée présentait une incapacité de travail de 50% du 20 au 31 octobre 2008 puis de 100% du 1er novembre 2008 au 17 avril 2009. Au terme de son expertise du 5 janvier 2010, le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a posé les diagnostics de lombalgies chroniques avec pseudo-sciatalgies bilatérales prédominantes à gauche, de périarthrites de hanches bilatérales et d'obésité de classe I. Dans ses conclusions, cet expert a précisé que suite à ses investigations, il n'avait pas constaté d'éléments en faveur d'un syndrome d'amplification des symptômes ni d'arguments convaincants en

- 16 - faveur d'une fibromyalgie selon les critères de l'ACR nonobstant l'éventuelle co-morbidité psychiatrique sous-jacente ainsi que des douleurs mal systématisées au niveau cervical et scapulaire. Il a estimé que la capacité de travail exigible de la part de la recourante était de 50% dans son activité habituelle mais de 100% dans toute activité sans manutentions de charges et avec possibilité d'alterner les positions assis / debout (telle son ancienne activité de manager dans la restauration). Finalement dans un rapport médical du 21 mai 2010, le Dr B. \_\_\_\_\_ du Centre Thermal de [...] a retenu les diagnostics de

fibromyalgie, de périarthrite de hanche bilatérale, de lombosciatalgies bilatérales, de cervico-scapulalgies chroniques et d'état dépressif. Ce médecin a évalué la capacité de travail de la recourante à 50% dans toute activité. A l'aune des renseignements médicaux précités, on constate que les avis médicaux divergent d'une part quant aux diagnostics rentrant en considération et d'autre part, quant à l'appréciation de la capacité de travail résiduelle en découlant. Ainsi dans son expertise le Dr D. \_\_\_\_\_ n'a pas retenu les diagnostics de fibromyalgie et de cervico-scapulalgies chroniques tels que mis en évidence par son confrère le Dr B. \_\_\_\_\_. Dans son rapport, l'expert précité a notamment exposé qu'à l'occasion de son examen, il n'avait pas décelé ni d'arguments convaincants en faveur d'une fibromyalgie selon les critères de l'ACR (classification de l'American College of Rheumatology) ni d'éléments au niveau cervical et scapulaire permettant de constater que les douleurs alléguées pouvaient être associées à des limitations de la mobilité de la nuque ou des épaules, un examen neurologique des membres supérieurs étant au demeurant apparu parfaitement normal. Considérant que les deux diagnostics précités ont été écartés à la suite de l'examen de la recourante, pour des motifs précis et pertinents, la cour de céans ne voit dès lors pas de motifs susceptibles de rediscuter le bien fondé des diagnostics retenus par le Dr D. \_\_\_\_\_. On constate au demeurant que l'expertise du 5 janvier 2010 se fonde sur des examens cliniques, sur une étude complète et fouillée des pièces au dossier, sur les plaintes de l'assurée ainsi que sur une anamnèse

- 17 - rigoureuse. La discussion du cas est présentée de manière systématique et cohérente sans comporter de contradictions. Elle s'avère ainsi objective, nuancée et dûment motivée, de sorte qu'elle emporte pleine valeur probante au sens de la jurisprudence rappelée au consid. 3b supra. L'appréciation de la capacité de travail émise par le Dr D. \_\_\_\_\_ doit dès lors être préférée à celle de son confrère (Dr B. \_\_\_\_\_). Il convient ainsi de retenir que la recourante est certes apte à travailler à 50% en tant que vendeuse en alimentation et à 100% dans toute activité n'impliquant pas le port de charges et avec possibilité d'alterner les positions assis / debout. b) Dans un rapport d'expertise psychiatrique du 25 mars 2010, le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et Mme E. \_\_\_\_\_, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP ont posé les diagnostics selon la classification reconnue (DSM-IV) d'état dépressif majeur de gravité légère et trouble panique avec attaque de panique paucisymptomatique, de traits de personnalité co-dépendante ainsi que des difficultés psychiatriques liées au décès du père de la recourante en 2007 ainsi qu'aux problèmes de santé de son époux. L'incapacité de travail actuelle et future de l'expertisée dans une profession adaptée a été évaluée à 20% d'un point de vue psychiatrique du 1er juillet 2009 au 31 mars 2010 puis à 0% dès le 1er avril 2010. Ces experts ont souligné que la mise en œuvre de mesures de réinsertion ne serait pas bénéfique avec l'état de la recourante faute de demande en ce sens de l'intéressée et du fait que celle-ci pouvait par exemple travailler à un taux de 80-100% en tant que manager dans la restauration. Le pronostic était par ailleurs qualifié de bon du point de vue psychiatrique. Dans un rapport médical du 21 mai 2010, le Dr B. \_\_\_\_\_ du Centre Thermal de [...] a notamment posé le diagnostic d'état dépressif (non spécifié). Considérant le cumul de cette affection psychiatrique avec les autres atteintes somatiques mises en évidence, il évaluait la capacité de travail de la recourante à 50% dans toute activité.

- 18 - Le diagnostic d'état dépressif tel que retenu par le Dr B. \_\_\_\_\_ – au demeurant spécialiste en chirurgie orthopédique et en réadaptation physique et non psychiatre – ne constitue pas un élément médical nouveau qui aurait été ignoré dans le cadre de l'expertise

psychiatrique de mars 2010, susceptible d'en remettre en cause les conclusions. Au terme d'un long entretien avec la recourante, les experts ont conclu à la présence d'un état dépressif majeur de gravité légère. L'expertisée présentait en ce sens une symptomatologie dépressive légère caractérisée par une humeur fluctuante avec un léger manque de motivation et d'entrain (sans anhédonie, aboulie ou apragmatisme marqué). Ce manque de motivation est notamment illustré par l'engagement très passif de la recourante dans la mise en œuvre de son traitement tel que relevé par le Dr B. \_\_\_\_\_ selon rapport du 21 mai 2010. Les experts ont par ailleurs constaté que la recourante assumait parfaitement ses tâches ménagères et qu'elle continuait à travailler dans le commerce de son époux. A l'aune de l'ensemble de ces éléments, seul un d'état dépressif majeur de gravité légère tel que retenu par les experts psychiatres peut être pris en considération. L'affection d'état dépressif sans plus ample précision diagnostiquée par le Dr B. \_\_\_\_\_ n'est pas suffisamment précise pour pouvoir être prise en considération par la cour de céans. Les autres atteintes psychiatriques mises en évidence dans l'expertise psychiatrique du 25 mars 2010 (trouble panique avec attaque de panique paucisymptomatique, traits de personnalité co-dépendante ainsi que des difficultés psychiatriques liées au décès du père de la recourante en 2007 ainsi qu'aux problèmes de santé de son époux) n'étant pas contredites par d'autres pièces médicales au dossier, il n'y a par conséquent aucun motif de s'en écarter. Sur la base des constatations et conclusions des experts psychiatres, qui ont pleine valeur probante au sens de la jurisprudence rappelée au consid. 3b supra, on retient que les affections psychiatriques ont réduit la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée au taux de 80% dès le 1er juillet 2009 sans n'avoir plus aucune incidence incapacitante à compter du 1er avril 2010. c) L'aggravation de l'état de santé annoncée par la recourante n'a au final pas été documentée, l'intéressée n'ayant pas produit de

- 19 - certificat ou rapport médical en attestant. Ce nonobstant, on rappelle que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b, 116 V 246 consid. 1a et les références; cf. encore TF 9C\_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4 et 9C\_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1), les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation devant normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1 et 117 V 287 consid. 4 et les références; cf. encore TF 9C\_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4, et 9C\_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1), sauf s'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités; TF 9C\_449/2007 du 28 juillet 2008, consid. 2.2). En définitive, en tenant compte de la totalité des atteintes somatiques et psychiatriques, on constate que la capacité de travail médico-théorique exigible de la recourante est de 50% dans son activité de vendeuse et de 80% dès juillet 2009 puis 100% depuis avril 2010 dans une activité adaptée.

## **E. 5**

a) Selon 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 et 128 V 29 consid. 1; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Le revenu sans invalidité doit 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

- 20 - (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 (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C\_409/2009 du 11 décembre 2009 consid. 3.1; TF I 1034/2006 du 6 décembre 2007 consid. 3.3.2.1). 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 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'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). 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; VSI 1999 p. 182). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent 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) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum 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). Le juge des assurances sociales ne peut substituer son appréciation à celle de l'administration sans motif pertinent (ATF 126 V 75 consid. 6; TF

- 21 - 9C\_1078/2009 du 12 juillet 2010 consid. 5.1; TF I 797/2006 du 21 août 2007 consid. 6; voir aussi TF 9C\_177/2008 du 9 décembre 2008 consid. 4). b) En l'espèce, travaillant actuellement à mi-temps en tant qu'épicière, la recourante ne met par conséquent pas pleinement à profit l'entier de sa capacité de travail résiduelle (qui est de 80% puis 100% dès avril 2010 dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, cf. consid. 4 a-c supra). Son revenu d'invalidité peut par conséquent être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant des salaires de référence de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) soit en l'occurrence, celui de ces salaires auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, à savoir 4'116 fr. par mois en 2008 (ESS 2009, TA1, p. 99, niveau de qualification 4). Dès lors que les données ressortant de l'ESS recouvrent un large éventail d'activités simples et répétitives, on doit admettre qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté aux limitations fonctionnelles de l'assurée, énoncées ci-dessus (TF I 112/2006 du 16 août 2007, I 111/2006 du 19 avril 2007, I 372/2006 du 25 janvier 2007 et I 700/2005 du 12 janvier 2007). Ce salaire de référence, converti en un horaire de 41,6 heures – les salaires bruts standardisés tenant compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée

hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 – on retiendra, comme l'intimé dans la décision attaquée, un revenu d'invalidé annuel de 51'367 fr. 68 pour 2008, soit après indexation (+ 1.35% en 2009 et + 0.00% en 2010), un revenu d'invalidé de 52'061 fr. 14 avant la prise en compte d'éventuelles déductions. S'agissant de l'abattement de 10% au titre de réduction retenu par l'OAI, justifié selon ce dernier par les limitations fonctionnelles d'ordre somatique (pas de manutention de charges et pas d'alternance des positions assis/debout) – non contestées par les parties –, un tel taux n'apparaît pas critiquable. On relèvera à cet égard que l'assurée est née en 1958, qu'elle vit en Suisse depuis de nombreuses années et qu'elle a travaillé, à plein temps, dans plusieurs secteurs.

- 22 - Compte tenu d'un revenu sans invalidité de 43'783 fr. (salaire annuel 2008 de 43'202 francs [selon questionnaire pour l'employeur du 6 octobre 2009] indexé à 2009 et 2010) et d'un revenu d'invalidé réalisable depuis juillet 2009 de 37'484 fr. 02 (avec diminution de rendement de 20% et déduction d'un abattement de 10%), puis dès avril 2010 de 46'855 fr. 02 (uniquement déduction d'un abattement de 10%), il en découle un degré d'invalidité de juillet 2009 à fin mars 2010 de 14,38% ( $\frac{43'783 \text{ fr.} - 37'484 \text{ fr. } 02}{43'783 \text{ fr.}} \times 100$ ) et dès avril 2010 de 0% ( $\frac{43'783 \text{ fr.} - 46'855 \text{ fr. } 02}{43'783 \text{ fr.}} \times 100$ ). Ces taux d'invalidité mis en évidence s'avèrent largement inférieurs au degré d'invalidité minimum ouvrant droit à une rente (cf. consid. 3a supra). C'est donc à juste titre que l'OAI a refusé le droit à la rente à la recourante.

## **E. 6**

a) Dans sa demande du 23 juillet 2009, la recourante sollicite, en sus d'une rente, d'être mise au bénéfice de mesures pour une réadaptation professionnelle. Le droit au reclassement dans une nouvelle profession suppose que l'atteinte à la santé entraîne une perte de gain d'une certaine importance, soit une perte de gain durable de 20% environ dans toute activité exigible et qui ne nécessite pas une formation professionnelle complémentaire (ATF 124 V 110 consid. 2b; TF 9C\_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2 et 8C\_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4; TFA I 238/2000 du 2 novembre 2000; VSI 2000 p. 64 consid. 1 et p. 196; TAss VD du 28 octobre 1999, AI 90/99 - 37/2000). A noter qu'un taux égal ou supérieur à 20% n'ouvre pas automatiquement droit à des mesures professionnelles, dans la mesure où il y a lieu de prendre en compte les capacités d'apprentissage de l'intéressé, ses aptitudes et sa motivation en particulier ainsi que les professions qui lui sont ouvertes et qu'il pourrait exercer immédiatement sans réadaptation (ATF 130 V 163 consid. 4.3.3 et 124 V 109 consid. 2a; TFA I 330/2005 du 25 janvier 2006). Par reclassement, la jurisprudence entend, en principe, la somme des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et adéquates pour procurer à l'assuré une possibilité de gain

- 23 - équivalant à peu près à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 124 V 108 consid. 2a, 122 V 77 consid. 3b/bb et 99 V 35 consid. 2; TF 9C\_644/2008 du 12 décembre 2008 consid. 3). Le droit à une mesure de réadaptation suppose ainsi qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance- invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C\_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 9.2 et I 22/2006 du 19 janvier 2007 consid. 4.3; VSI 2002 p. 112 consid. 2 et les références; cf. aussi TAss VD du 30 juin 2006, AI 190/05 - 154/2006). b) En l'espèce, la recourante ne présentant qu'une très minime invalidité résultant des atteintes à sa santé, soit des taux d'invalidité successifs de 14,38% puis de 0% (cf. consid. 5b supra), elle ne saurait par conséquent prétendre à l'octroi de mesures pour

une réadaptation professionnelle. Ce dernier constat se justifie d'autant qu'à l'occasion de leur expertise psychiatrique, les experts ont indiqué qu'en l'absence de demande motivée en ce sens de la part de la recourante, les conditions subjectives pour la mise en œuvre de telles mesures de réinsertion faisaient manifestement défaut. Partant, c'est également à juste titre que l'OAI a refusé ce droit à la recourante.

#### **E. 7**

a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui

- 24 - succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante, au demeurant non assistée, n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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