

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 août 2009

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mme Röthenbacher et M. Jomini
Greffier : Mme Vuagniaux

Cause pendante entre :

A. _____, à Lausanne, recourante, représentée par CAP Compagnie
d'Assurances de Protection Juridique SA, à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. A._____, née le 26 mars 1947, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI) le 17 mars 2004, tendant à l'octroi d'une rente et faisant état d'affections rhumatologiques (doigts et genoux), de hernies discales et de fibromyalgie depuis l'année 2000.

L'assurée a travaillé à plein temps du 18 janvier 1988 au 30 avril 2001 en qualité d'auxiliaire d'imprimerie et touchait un salaire de 3'644 fr. à la fin des rapports de travail. Au bénéfice de deux délais-cadres d'indemnisation consécutifs de l'assurance-chômage de mai 2001 à avril 2005, elle a effectué diverses activités en gain intermédiaire en tant que vendeuse, caissière et employée de cafétéria jusqu'au 29 juillet 2003, jour où elle s'est fracturée le fémur droit pendant un congé maladie ayant débuté le 17 juin 2003. Elle n'a plus repris d'activité professionnelle depuis lors.

Le 27 mai 2004, le Dr L._____, généraliste et médecin traitant de l'assurée, a diagnostiqué ce qui suit :

« Ayant des répercussions sur la capacité de travail :

- gonarthrose bilatérale fémoro-patellaire;
- obésité (BMI : 37,7 kg/m²) / HTA;
- lombosciatalgies bilatérales récidivantes dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs;
- status post-ostéosynthèse d'une fracture pertrochantérienne droite.

Sans répercussion sur la capacité de travail :

- status post-hernie discale L4-L5 paramédiane droite;
- status post-TVP du membre inférieur droit en post-op de la fracture pertrochantérienne;
- maladie veineuse chronique des membres inférieurs.

A son avis, la patiente pouvait reprendre le travail à plein temps (avec un rendement de 80 %) dès le 2 février 2004, dans toute

activité en position assise et ne nécessitant pas le port de charges moyennes à lourdes.

Les 6 juillet et 1^{er} septembre 2005, le Dr L. _____ a indiqué à l'Office AI que l'exigibilité de travail et les limitations fonctionnelles de sa patiente demeuraient inchangées.

Le 1^{er} septembre 2005, l'assurée a informé le gestionnaire de son dossier qu'il ne valait pas la peine de poursuivre les recherches d'emploi effectuées en relation avec l'aide au placement, aux motifs qu'elle n'avait aucune chance de trouver un travail à son âge et que son état de santé ne lui permettait pas de reprendre une quelconque activité professionnelle.

Dans un rapport médical du 12 juillet 2006, le Dr K. _____, spécialiste en orthopédie et traumatologie, a posé les diagnostics suivants, toutefois sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée :

- « - status post amputation 2^{ème} orteil pied gauche le 27.02.2006 pour phlegmon 2^{ème} orteil pied gauche avec sepsis sévère à MSSA;
- hypertension artérielle traitée;
- hernie discale L4-L5 paramédiane droite;
- status après fracture pertrochantérienne fémur droit en 2003 ».

Le pronostic étant favorable chez une patiente qui devrait être capable de remarcher tout à fait normalement, le praticien a considéré que celle-ci pouvait reprendre une activité professionnelle adaptée à son âge et à sa formation à 50 % dès le 24 mai 2006 et à 100 % à partir du 1^{er} août 2006. Il précise qu'il n'existe aucune limitation fonctionnelle due à l'amputation.

Le 21 juillet 2006, le Dr L. _____ a répondu aux questions de l'Office AI comme suit :

« 1a. Nature et date de l'aggravation ?

Status après amputation (désarticulation ouverte) du 2^{ème} orteil du pied gauche le 27 février 2006 après arthrodèse de l'IPP de ce 2^{ème} orteil le 2 février 2006 compliqué d'un sepsis sévère avec défaillance multi-organique (cytolyse hépatique, encéphalopathie, embolie septique rétinien de l'œil droit, hypertension artérielle pulmonaire avec dysfonction ventriculaire droite).

1b. Situation actuelle ? Pronostic ?

La situation actuelle est marquée par une dyspnée au moindre effort, une mobilité réduite du pied gauche en raison d'un œdème encore important, de douleurs persistantes et d'un changement de la statique du pied post-amputation. En raison de cette longue immobilisation, on assiste à une légère aggravation de lombalgies. Le pronostic sur le plan cardio-vasculaire est actuellement moyennement bon mais la mobilité est péjorée suite à cette intervention chirurgicale du pied avec une récupération qui s'avère longue et difficile.

1c. Durée de la convalescence ?

La durée de convalescence est d'au moins 6 mois.

1d. Des limitations fonctionnelles supplémentaires sont-elles à prendre en compte ?

Les limitations fonctionnelles supplémentaires sont une instabilité à la marche avec un périmètre qui diminue à actuellement 100 mètres. Ceci est dû au changement de la statique du pied, qui est encore douloureux et oedématisé avec une diminution de la sensibilité généralisée ainsi que de sa mobilité. Sur le plan cardio-vasculaire, on note une aggravation modérée de la dyspnée à l'effort par rapport au status antérieur, sous réserve que l'effort est grandement limité par la pathologie ostéo-articulaire ».

Il a posé les diagnostics suivants :

« Ayant des répercussions sur la capacité de travail :

- status post-désarticulation ouverte (amputation) du 2^{ème} orteil du pied gauche;
- hypertension artérielle pulmonaire avec dysfonction ventriculaire droite;
- obésité;
- gonarthrose bilatérale fémoro-patellaire;
- lombosciatalgies bilatérales récidivantes dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs;
- status après otéosynthèse d'une fracture pertrochantérienne droite.

Sans répercussion sur la capacité de travail :

- hypertension artérielle traitée;
- status post-hernie discale L4-L5 paramédiane droite;

- status post-TVP du membre inférieur droit en post-opératoire de la fracture pertrochantérienne;
- maladie veineuse chronique des membres inférieurs ».

Le médecin estime que sa patiente peut exercer, à partir du 1^{er} octobre 2006, une activité en position assise (caissière ou secrétaire) à un taux d'environ 75 % en raison d'une fatigue importante, sans port de charges moyennes à lourdes et avec une diminution de rendement de 30 à 40 % en raison de la fatigabilité importante et de l'impossibilité du déplacement à pied.

Dans un avis médical du 13 mars 2007, le Service médical régional AI (ci-après : SMR) a considéré que, sur la base des rapports des Drs K. _____ et L. _____, on pouvait exiger de l'assurée qu'elle travaille à 50 % dès mai 2006 et à 80 % dès octobre 2006 dans une activité adaptée.

Le 14 mars 2007, l'Office AI a soumis à l'assurée un projet de décision retenant une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 20 % en raison de ses limitations fonctionnelles (éviter la station debout et le port de charges moyennes à lourdes). Après comparaison des revenus sans et avec invalidité, l'office aboutit à un préjudice économique de 20 %, ce qui n'ouvre pas le droit à des prestations de l'assurance-invalidité sous forme de rente.

Le 4 juin 2007, outre les diagnostics déjà établis en juillet 2006, le Dr L. _____ a ajouté que l'assurée souffrait d'une arthrose des deux pieds, de talalgies sur insertions du tendon de la voûte plantaire, d'une hypercholestérolémie traitée et d'un état dépressif exacerbé suite à son hospitalisation au service des soins intensifs du Centre N. _____ en raison d'une septicémie généralisée suite à l'infection de son orteil. Sans indiquer de diminution de rendement, il estime la capacité de travail de l'assurée à moins de 50 % dans une activité en position assise, avec un absentéisme prévisible important.

Sur demande de l'Office AI, le Dr L._____ a précisé, le 20 juillet 2007, que l'assurée n'avait bénéficié ni d'un consilium ni d'un suivi psychiatrique spécialisé et que les éléments objectifs du status expliquant la diminution de la capacité de travail de 75 % en juillet 2006 à moins de 50 % en juin 2007 étaient les suivants :

- « - aggravation des troubles rhumatologiques avec insertionite du ligament de la voûte plantaire des deux côtés, récidivante;
- prise de poids de plus de 10 kg responsable d'aggravation des lombosciatalgies et des gonalgies sur gonarthrose;
- augmentation des oedèmes des membres inférieurs, prédominant du coté gauche opéré;
- aggravation d'une instabilité à la marche nécessitant l'utilisation fréquente d'une canne à l'extérieur ».

Dans un avis médical du 27 novembre 2007, le SMR a indiqué que l'insertionite de la voûte plantaire, la prise de poids et les douleurs lombaires et des genoux qui en découlaient ne justifiaient pas une incapacité de travail supplémentaire dans une activité adaptée.

Par décision du 31 janvier 2008, l'Office AI a estimé que les nouveaux éléments médicaux ne lui permettaient pas de modifier son projet de décision du 14 mars 2007 et a confirmé le degré d'invalidité de 20 pour-cent.

B. C'est contre cette dernière décision que A._____ a recouru par acte du 29 février 2008 par l'intermédiaire de la CAP Compagnie d'Assurances Protection Juridique SA, en concluant à son annulation et au renvoi du dossier à l'Office AI pour la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Elle soutient que, même si elles demeurent identiques, ses limitations fonctionnelles se sont aggravées (troubles rhumatologiques, prise de poids de 10 kg, lombosciatalgies et instabilité à la marche). En outre, elle ne comprend pas que l'on puisse accorder quelque crédit à l'avis du SMR dans le sens où celui-ci n'a jamais pris la peine de la recevoir, et elle constate qu'il n'a pas pris en compte son état dépressif.

Le 14 mai 2008, l'Office AI a répondu que l'état dépressif tel que décrit par le médecin traitant ne devrait pas empêcher la recourante d'exercer une activité tenant compte des limitations fonctionnelles retenues, et qu'une expertise pluridisciplinaire ne se justifiait pas, le dossier étant suffisamment instruit.

Le 2 juin 2008, la recourante a informé le tribunal qu'elle avait été hospitalisée au Centre N. _____ du 2 au 16 avril 2008 « suite à diverses chutes sur le dos et sur les jambes dues à des pertes d'équilibre fréquentes ». Elle soutient qu'elle ne peut pas travailler en l'état et estime que le médecin de l'assurance-invalidité a le devoir de la recevoir le plus rapidement possible.

Dans sa réplique du 26 juin 2008, l'Office AI a indiqué que l'hospitalisation d'avril 2008 n'avait pas à être examinée, car postérieure à la décision attaquée.

Le 28 mai 2008, la recourante a confirmé les conclusions de son mémoire du 29 février 2008.

E n d r o i t :

1. Aux termes de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

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).

2. Remplissant les conditions des art. 60 et 61 let. b LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1), le recours est recevable en la forme.

3. Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2).

En l'espèce, la dernière hospitalisation de la recourante étant intervenue en avril 2008, soit postérieurement à la décision litigieuse du 31 janvier 2008, il n'y a pas lieu de prendre en considération ce nouvel état de fait.

4. Le litige porte sur le degré d'invalidité présenté par A._____, respectivement sur son droit à une rente.

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

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.

Selon la jurisprudence, lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est (ou était) en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Indépendamment de l'examen de la condition de l'obligation de réduire le dommage, cela revient à déterminer, dans le cas concret, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (TF 9C_849/2007 du 22 juillet 2008 consid. 5.2 et les références).

b) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la

personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF I 506/02 du 26 mai 2003 consid. 2.1 et les références citées).

Les moyens de preuves ressortant de la procédure menée devant l'assureur social peuvent être considérés comme suffisants par le juge, qui renoncera alors à mettre en oeuvre de nouvelles mesures d'instruction. Toutefois, dans ce cas, l'appréciation anticipée des preuves est soumise à des exigences sévères. En cas de doute sur le caractère pertinent ou complet des rapports médicaux figurant au dossier, le juge doit faire procéder lui-même à une expertise ou renvoyer la cause à l'assureur social pour instruction complémentaire (ATF I 506/02 précité).

c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité. Ne sont cependant pas considérées comme relevant d'un état psychique maladif, ni donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher eu égard à ce que l'on peut raisonnablement exiger de l'intéressé aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 c. 4c in fine, 102 V 165).

5. La recourante soutient que le SMR n'a pas pris en considération l'aggravation de son état de santé établie par le Dr L._____ en juin et juillet 2007 (troubles rhumatologiques, prise de poids et instabilité à la marche). Elle constate en outre que le médecin du SMR a purement et simplement écarté l'état dépressif diagnostiqué par le Dr L._____ dans son rapport du 4 juin 2007. Elle soutient également que, dans la mesure où elle n'a jamais été examinée par le médecin du SMR, on ne peut accorder aucun crédit à son avis médical. De son côté, en se fondant sur l'analyse de l'ensemble des renseignements médicaux faite par son médecin conseil, l'Office AI constate que la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée reste entière, avec une baisse de rendement de 20 pour-cent.

Dans le cas particulier, le Dr L. _____ a retenu, en mai 2004, comme affections ayant une incidence sur la capacité de travail, une gonarthrose bilatérale fémoro-patellaire, une obésité, une hypertension artérielle, des lombosciatalgies bilatérales récidivantes dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs et un status post-ostéosynthèse d'une fracture pertrochantérienne droite. Il a estimé que l'assurée pouvait travailler, dès le 1^{er} février 2004, à 100 % dans une activité en position assise ne nécessitant pas le port de charges moyennes à lourdes. Dans son rapport du 21 juillet 2006, il a ajouté les diagnostics de status post-désarticulation ouverte (amputation) du 2^{ème} orteil du pied gauche et une hypertension artérielle pulmonaire avec dysfonction ventriculaire droite. En retenant les mêmes limitations fonctionnelles, il a considéré que l'intéressée pouvait exercer, à partir du 1^{er} octobre 2006, une activité à 75 % en raison d'une fatigue importante, avec une diminution de rendement de 30 à 40 % en raison de la fatigabilité importante et de l'impossibilité du déplacement à pied. En juin et juillet 2007, il a exposé que sa patiente subissait une aggravation des lombosciatalgies, des gonalgies sur gonarthrose et de l'instabilité à la marche, et qu'elle souffrait également d'une arthrose des deux pieds, de talalgies sur insertionnites du tendon de la voûte plantaire, d'un état dépressif, ainsi que d'une augmentation des oedèmes des membres inférieurs et de son obésité. Il a dès lors estimé que l'intéressée ne pouvait plus travailler qu'à moins de 50 % dans une activité en position assise, toutefois sans mentionner de baisse de rendement.

On constate tout d'abord que les limitations fonctionnelles sont toujours restées les mêmes - ce que la recourante relève par ailleurs dans son mémoire de recours (cf. chap. « Droit », 3^{ème} par.) -, à savoir qu'elle serait en mesure d'exercer une activité professionnelle dans une position assise en évitant le port de charges moyennes à lourdes. On ne voit dès lors pas ce qui peut objectivement justifier la baisse du taux d'activité exigible invoquée par le Dr L. _____, passant de 100 % en mai 2004 à moins de 50 % en juin 2008. En effet, dans la mesure où il est constant que l'intéressée ne peut travailler qu'en position assise, l'amputation du

2^{ème} orteil du pied gauche, l'arthrose des pieds, les talalgies sur insertionnite du tendon de la voûte plantaire, l'augmentation des oedèmes des membres inférieurs et l'instabilité à la marche n'ont qu'une incidence légère sur sa capacité de travail. S'agissant de l'hypertension artérielle pulmonaire avec dysfonction ventriculaire droite, le Dr L._____ a précisé, dans son rapport du 21 juillet 2006, qu'il y avait une « *absence de signe clinique de décompensation cardiaque* » (cf. rapport médical de l'AI, « constatations objectives », p. 2) et que « *sur le plan cardio-vasculaire, on note une aggravation modérée de la dyspnée à l'effort par rapport au status antérieur, sous réserve que l'effort est grandement limité par la pathologie ostéo-articulaire* » (cf. réponse à la question 1d de l'Office AI). Ce diagnostic, que le médecin traitant relie à une dyspnée à l'effort que la recourante ne subirait pas puisqu'elle exercerait une activité statique sans port de charges moyennes et lourdes, ne légitime ainsi pas une baisse de capacité de travail. Tel que le remarque à juste titre le SMR dans son avis du 27 novembre 2007, l'aggravation des lombosciatalgies et des gonalgies sur gonarthrose est due à la prise de poids de l'intéressée et n'ajoute aucune limitation dans une position assise. A cet égard, on rappellera à toutes fins utiles que, de jurisprudence constante, un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité – et à fortiori pendant l'instruction de son dossier –, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux que possible les conséquences de son invalidité (ATF 123 V 96 consid. 4c, 113 V 28 consid. 4a).

On ne saurait non plus admettre que l'état dépressif dont se prévaut l'intéressée a été « exacerbé » suite à son séjour aux soins intensifs du Centre N._____ en février 2006. Tout d'abord parce que l'hospitalisation concernée date de plus d'une année et ensuite parce que le Dr L._____ parle d'exacerbation alors qu'il n'a jamais mentionné cet état dépressif auparavant dans ses rapports médicaux de mai 2004 et juillet 2006. Il semble bien plutôt que la recourante souffre d'un état anxigène relatif à ses rapports conflictuels avec l'assurance-invalidité et aux problèmes financiers rencontrés compte tenu du fait qu'elle ne touche plus d'indemnités journalières de l'assurance-chômage ni d'indemnités

perte de gain (cf. lettre du 17 janvier 2008 adressée au directeur de l'Office AI), éléments qui ne relèvent pas d'une maladie psychiatrique invalidante en tant que telle et ne portent pas atteinte à sa capacité d'exercer un emploi. En tout état de cause, la recourante ne fait valoir aucun élément de nature psychiatrique qui serait susceptible d'être pris en compte.

En ce qui concerne la capacité de gain résiduelle de la recourante, il résulte des pièces versées au dossier que l'intéressée, au bénéfice d'un CFC de vendeuse, a exercé les professions d'auxiliaire d'imprimerie, d'employée de cafétéria et de vendeuse et que toute activité en position assise évitant la position debout prolongée et le port de charges moyennes à lourdes est adaptée (caissière, surveillance en position assise, secrétaire selon le Dr L._____). Dans ces conditions, l'exercice d'une nouvelle activité telle qu'adaptée aux limitations fonctionnelles qui sont les siennes n'impliquent pas une reconversion professionnelle. Alors que l'on pouvait raisonnablement attendre de l'intéressée qu'elle travaille dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, on notera au demeurant qu'elle s'est volontairement déconditionnée quant à la perspective de reprise d'un emploi en informant le gestionnaire de son dossier qu'elle renonçait à l'aide au placement mise en place pour elle, car elle estimait que son état de santé et son âge ne lui permettaient pas de reprendre une quelconque activité professionnelle (cf. note interne du 1^{er} septembre 2005). La recourante semble de surcroît avoir une vision erronée de sa capacité à fournir un effort puisque, le même jour, le Dr L._____ a confirmé à l'Office AI que l'on pouvait exiger d'elle qu'elle travaille à 100 % dans une activité adaptée (cf. note interne du 1^{er} septembre 2005). Ainsi, même si la recourante était âgée de 60 ans au moment de la décision litigieuse, elle était en mesure de trouver un emploi adapté à ses atteintes à la santé sur un marché du travail équilibré.

Enfin, les médecins du SMR se sont fondés sur les rapports du Dr L._____ pour procéder à une évaluation de la capacité de travail exigible de l'assurée. Hormis l'état dépressif dont on a vu ci-dessus qu'il

ne constituait pas une maladie invalidante empêchant l'intéressée de travailler, ils ont entièrement repris à leur compte les diagnostics posés par le médecin traitant. Il n'était par conséquent pas utile qu'ils examinent personnellement la recourante et ils pouvaient se déterminer uniquement au vu des pièces au dossier, ce qui est d'ailleurs conforme à la pratique habituelle en présence d'affections avérées et non contestées. Pour les mêmes raisons, la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire est rejetée.

Vu ce qui précède, force est de constater, à l'instar de l'autorité intimée, que la recourante disposait des ressources nécessaires pour exercer une activité professionnelle adaptée à plein temps, avec une diminution de rendement de 20 pour-cent.

6. Il reste à déterminer le taux d'invalidité de l'intéressée sous l'angle du préjudice économique résultant de l'atteinte à la santé, conformément à l'art. 16 LPGA.

a) 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 c. 4.3.1 p. 224 et la référence).

En vertu du principe général de droit transitoire, selon lequel – en cas de changement de loi – les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le droit à une rente doit être examiné au regard du droit applicable au présent cas au 17 juin 2004, soit un an après le début de l'incapacité de travail ininterrompue (art. 29 al. 1 let. b LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). C'est donc à tort que l'Office AI a déterminé

le début du droit à la rente (si les autres conditions légales sont remplies) en 2003 au lieu de 2004.

En l'espèce, dans son dernier emploi exercé de manière régulière en qualité d'auxiliaire d'imprimerie, l'assurée touchait, en 2001, un salaire annuel de 47'372 fr. (3'644 fr. x 13). Adapté à l'évolution des salaires de 2001 à 2004 (2002 : 1,8 %; 2003 : 1,4 %; 2004 : 0,9 %, La Vie économique 4-2009, p. 91, tableau B 10.2), elle aurait perçu un salaire annuel de 49'339 fr. 95.

b) La jurisprudence admet qu'en l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité, ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base des salaires fondés sur les données statistiques résultant des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 c. 3b/aa et bb; VSI 2002 p. 68 c. 3b). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou la valeur centrale (ATF 124 V 323 c. 3b/bb; VSI 1999 p. 182). Dans ce cas, la jurisprudence considère que certains empêchements propres à la personne de l'invalidé exigent que l'on réduise le montant des salaires ressortant des statistiques, la déduction pouvant aller jusqu'à 25 % au maximum. Toutefois, de telles réductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais doivent tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et cela dans le but de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalidé qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité résiduelle de travail de l'intéressé (ATF 129 V 472 c. 4.2.3 p. 481, ATF 126 V 75 c. 5b/aa-cc p. 79). 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 à effectuer dans les limites du pouvoir

d'appréciation conféré à l'autorité (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3, 126 V 75 c. 5b/aa-cc).

En l'espèce, le salaire statistique de référence extrait de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, soit 3'893 fr., 13^{ème} salaire compris (ESS 2004, TA1, niveau de qualification 4). 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 2004 (41,6 heures; la Vie économique 4-2009, p. 90, tableau B 9.2), ce chiffre doit être porté au montant annuel de 48'584 fr. 64 (3'893 : 40 x 41,6 x 12). Compte tenu d'une diminution de rendement de 20 %, le gain annuel exigible se monte à 38'867 fr. 71. Une appréciation globale des circonstances personnelles et professionnelles justifie également un abattement de 10 %, ce qui conduit à retenir un revenu d'invalidé de 34'980 fr. 94.

La comparaison des revenus ([49'339 fr. 95 - 34'980 fr. 94] x 100 : 49'339 fr. 95) donne une invalidité de 30 % (le taux de 29,1 % étant arrondi au pour-cent supérieur, cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2), taux qui ne confère pas de droit à une rente d'invalidité (art. 28 al. 1 LAI).

7. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

Compte tenu de l'ampleur de la procédure, des frais de justice sont mis à la charge de la recourante, qui succombe, à raison de 400 fr. (art. 69 al. 1bis LAI et art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'est pas alloué de dépens (art. 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision attaquée du 31 janvier 2008 est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de A._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- CAP Compagnie d'Assurances Protection Juridique SA (pour A._____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS)

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :