

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 novembre 2009

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : MM. Jomini et Dind
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

W. _____, à Bex, recourante

et

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

Art. 4 et 28 LAI; art. 8 LPG

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après: l'assurée) travaillait en qualité de blanchisseuse, puis de gérante de kiosque de juillet 1995 à décembre 1999, avant d'être au chômage et d'effectuer des missions pour des entreprises intérimaires à partir de janvier 2000. Depuis février 2003, elle a présenté une incapacité de travail et n'a plus exercé d'activité lucrative; elle émarge actuellement de l'aide sociale.

Le 29 août 2005, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) tendant à l'octroi d'orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession et d'une rente d'invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI s'est adressé au Dr D._____, médecine générale FMH à Bex et médecin traitant de l'assurée. Dans un rapport du 26 septembre 2005, ce praticien a attesté une incapacité de travail totale depuis le 17 février 2003 en raison de troubles psychiques et de status après tentative de suicide aux benzodiazépines, depuis janvier 2003. En substance, il a relevé que l'assurée présentait un excès pondéral (118 kilos) et que toutes les tentatives pour traiter sa patiente s'étaient avérées vaines, avec malheureusement souvent une absence de suivi aux rendez-vous prévus. Le Dr D._____ a également déposé d'autres rapports médicaux, évoquant notamment une obésité de stade sévère.

L'OAI a également requis l'avis du centre d'accueil et de traitement psychiatrique du Chablais, à Aigle. Dans un rapport du 16 janvier 2006, les Drs X._____ et L._____, respectivement médecin associé et médecin assistant audit centre, ont posé le diagnostic d'autre trouble spécifique de la personnalité, avec traits borderline et dépendants (F60.8). Indiquant avoir vu en consultation l'assurée à une seule reprise, le 10 novembre 2005, ces praticiens ont conclu que, compte tenu de la longue durée des symptômes, une activité professionnelle à 100% ne pouvait être envisagée pour l'instant.

Le 21 août 2007, l'assurée a fait l'objet d'un examen psychiatrique par la Dresse I._____, ancien chef de clinique adjoint en psychiatrie au Service médical régional AI (ci-après: le SMR). Dans son rapport du 24 août 2007, co-signé par la Dresse Q._____, médecin chef au SMR, la Dresse I._____ n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile type borderline avec des traits dépendants et passifs, non décompensés F61, d'hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques F50.4 et de syndrome de dépendance aux benzodiazépines utilisation continue F13.25. Elle a retenu une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, depuis toujours. Elle a par ailleurs indiqué ce qui suit au status psychiatrique:

"Sur le plan anxieux, l'assurée ne présente pas d'angoisse persistante ni d'attaque de panique en faveur d'un diagnostic d'anxiété généralisée. A l'examen elle est par moment anxieuse.

L'assurée ne présente pas d'agoraphobie, de phobie sociale ni de claustrophobie.

Son discours est cohérent, accéléré, elle partage bien le focus d'attention. Nous n'avons pas objectivé de symptômes de la lignée psychotique, notamment délires, hallucinations ou troubles formels ou logiques de la pensée en faveur d'un diagnostic de décompensation psychotique. L'intelligence est dans les limites de la norme.

Anamnestiquement, l'assurée se couche à minuit, elle s'endort vers 5h00 du matin et se lève à 10h00. L'appétit est fluctuant avec des crises d'hyperphagie sans vomissement.

Elle présente une amplification verbale des plaintes somatiques sans signe de souffrance objectivable et nous n'avons pas mis en évidence de symptôme en faveur d'un syndrome douloureux somatoforme persistant.

L'assurée est une femme labile, instable, immature, abandonnique, avec une tendance à agir avec impulsivité et des capacités d'anticipation réduites. Elle est dépendante, assez passive, et elle a une capacité réduite à prendre des décisions et présente un sentiment [de] peur excessive de ne pouvoir se prendre en charge seule. A l'examen nous avons objectivé un trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile type borderline avec des traits dépendants et passifs, non décompensé".

L'appréciation du cas a été décrite comme suit:

"Il s'agit d'une assurée âgée de 53 ans, sans formation professionnelle, qui travaille comme gérante d'un kiosque jusqu'à fin 1999 et depuis elle fait de petits revenus émanant du travail temporaire. Labile, assez instable, immature, plaintive, passive et dépendante, sans moyen d'introspection, l'assurée est incapable de se remettre en question et de demander de l'aide.

Dans le rapport médical du 16.01.2006, le Dr X._____, médecin-associé et le Dr L._____, médecin-assistant, qui ont débuté la prise en charge psychiatrique ambulatoire le 9.09.2004 jusqu'au 01.06.2005, retiennent les diagnostics autre trouble spécifique de la personnalité avec traits borderline et dépendants, hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques et ils attestent «au vu de la longue durée de ces symptômes avec présence d'un handicap important pour gérer les activités de la vie quotidienne actuellement, nous pensons qu'une activité professionnelle occupationnelle à 100% ne peut être envisagée pour l'instant».

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de perturbation de l'environnement psychosocial, de syndrome douloureux somatoforme persistant ni de limitations fonctionnelles psychiatriques invalidantes.

Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile type borderline, avec des traits dépendants et passifs, non décompensé, qui ne représente pas un trouble de la personnalité grave et ayant valeur invalidante, qui suppose des antécédents psychiatriques significatifs remontant à la fin de la 2ème dizaine d'années de vie, si on s'en tient aux critères retenus par les ouvrages diagnostics de référence.

Ce trouble est caractérisé par une labilité émotionnelle, une tendance à agir avec impulsivité, une instabilité de l'humeur, des capacités d'anticipations réduites, un sentiment de vide, une tendance à s'engager dans des relations instables, une préoccupation par la peur d'être abandonné, une capacité réduite à prendre des décisions et un sentiment de malaise quand le sujet est seul en raison d'une peur excessive de ne pouvoir se prendre en charge seul.

Le trouble de la personnalité est présent depuis l'adolescence et n'a pas empêché l'assurée d'assumer une vie socioprofessionnelle normale.

Nous n'avons pas retenu le diagnostic de boulimie qui est selon la CIM-10 un syndrome caractérisé par des accès répétés d'hyperphagie et une préoccupation excessive concernant le contrôle du poids corporel conduisant le sujet à adopter des mesures extrêmes pour neutraliser la prise de poids liée à la nourriture en recourant aux vomissements provoqués, et l'utilisation abusive de laxatifs etc. absente chez notre assuré, et des manifestations psychopathologiques par exemple une crainte morbide de grossir en menant le sujet à s'imposer un poids très précis nettement inférieur au poids prémorbide représentant le poids optimal ou idéal selon le jugement du médecin.

Chez notre assurée il s'agit d'une hyperphagie avec obésité consécutive à des événements stressants et sans incidence sur la capacité de travail.

Le diagnostic de syndrome de dépendance aux benzodiazépines, utilisation continue, ne représente pas une maladie psychiatrique invalidante et ne justifie pas une quelconque diminution de la capacité de travail.

En l'absence d'un véritable sentiment de détresse qui fait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant, nous n'avons pas retenu ce diagnostic.

Dans un discours accéléré et plaintif, l'assurée présente une amplification verbale de ses plaintes sans aucun signe de souffrance objectivable et sans attirer notre empathie. Elle consulte peu son médecin traitant, n'a aucune prise en charge rhumatologique et garde néanmoins un fonctionnement psychosocial normal. Les critères cliniques de la CIM-10 ne sont pas réunis.

Les critères de sévérité de la jurisprudence actuelle comme une comorbidité psychiatrique manifeste, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé ou profit de la maladie et l'échec de traitement, ne sont pas présents.

En conclusion, sur le plan psychiatrique, notre assurée ne souffre d'aucune maladie invalidante et sa capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité".

B. Dans un projet de décision du 26 novembre 2007, contesté le 29 novembre 2007, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui refuser le droit à des prestations de l'AI. Dans sa contestation, l'assurée a indiqué que ce n'était pas pour des motifs psychiques qu'elle avait déposé une demande de prestations mais pour des raisons somatiques; elle n'a toutefois pas fourni de certificat médical pour appuyer ses dires. Le gestionnaire de l'OAI a confirmé le refus de prestations par décision du 14 janvier 2008 sans octroyer un délai supplémentaire afin de permettre à l'assurée d'apporter un certificat médical attestant de ses problèmes somatiques.

Toujours en désaccord avec la position de l'OAI, l'assurée a écrit plusieurs fois audit office, notamment durant le délai de recours, mais n'a pas directement fait recours elle-même. A la suite du courrier du 30 janvier 2008 adressé à l'OAI, l'assurée a téléphoné à l'OAI pour dire qu'elle était allée faire un scanner chez son médecin traitant, le Dr D._____, et que les radiographies étaient à disposition chez lui. L'OAI s'est adressé à ce médecin, qui lui a remis son rapport du 3 mars 2008. Dans ce document médical, le Dr D._____ a posé les diagnostics d'hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques (F50.4), de possible trouble de la personnalité avec traits borderline (F60.8), de lombalgies

importantes et de mise en évidence d'une arthrose sacro-iliaque bilatérale prédominante à droite. Il a relevé que les limitations fonctionnelles étaient importantes et que, si une reprise d'une activité était des plus bénéfiques pour la patiente (rapport du 01.06.2005 des psychiatres), cette possibilité paraissait tout à fait utopique.

Par avis du 31 mars 2008, le SMR a jugé utile de mettre sur pied un examen rhumatologique, car l'assurée se référait à la prédominance d'une atteinte somatique ostéo-articulaire, que personne pourtant n'avait mis en évidence auparavant, confirmée par le Dr D. _____ dans son rapport du 3 mars 2008. Suite à un examen effectué le 14 avril 2008, dans son rapport du 18 avril 2008, le Dr C. _____, médecine interne et rhumatologie FMH au SMR, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies D dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec antélisthésis de L5-S1 de degré I sur spondylolyse bilatérale de L5 et avec troubles dégénératifs des sacro-iliaques M54.4. Il a retenu une capacité de travail exigible de 0% dans l'activité habituelle de blanchisseuse, de 50% comme propriétaire d'un kiosque à journaux et de 100% dans une activité adaptée, depuis le 17 février 2003. Il a en outre exposé ce qui suit s'agissant de l'appréciation du cas:

"Actuellement, l'assurée se plaint essentiellement de lombalgies irradiant à la face postérieure du membre D jusqu'au mollet. Ces lombosciatalgies D ont un caractère essentiellement mécanique. L'assurée se plaint également de douleurs abdominales prenant l'abdomen supérieur à caractère de crampes ou de coliques. Ces douleurs abdominales se sont cependant améliorées suite à une laparotomie en raison d'un iléus sur bride en mai 2007. L'assurée signale par ailleurs une incontinence urinaire et des épisodes de périarthrite de l'épaule D.

Au status actuel, on note des troubles statiques du rachis sous forme d'une hyperlordose lombaire. La mobilité lombaire est diminuée, alors que la mobilité cervicale est satisfaisante. On note cependant la présence de 2 signes de non organicité selon Waddell sous forme de lombalgies à la rotation du tronc les ceintures bloquées et de troubles sensitifs mal systématisés de tout le membre inférieur D d'origine probablement fonctionnelle sous forme d'une hypoesthésie algotactile de tout ce membre inférieur. La présence de seulement 2 signes de non organicité selon Waddell est cependant insuffisante pour suspecter la possibilité d'un syndrome d'amplification des troubles chez une assurée par ailleurs sobre dans ses plaintes. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée. Il n'y a

pas de signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique. Au niveau de l'épaule D, les épreuves de périarthrite scapulo-humérale sont négatives. L'assurée présente actuellement 7 points typiques de la fibromyalgie douloureux sur 18, ce qui est insuffisant pour poser ce diagnostic. Le status neurologique est sp, mis à part, comme signalé plus haut, une hypoesthésie algotactile de tout le membre inférieur D.

Les examens radiologiques à notre disposition mettent en évidence des troubles statiques et dégénératifs du rachis avec un antélisthesis de L5/S1 de degré I sur spondylolyse bilatérale de L5. Il existe également des troubles dégénératifs des sacroiliaques prédominant à D.

L'anamnèse, le status et les examens complémentaires nous font poser les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces pathologies, nous définissons des limitations fonctionnelles qui n'étaient pas respectées dans sa dernière activité professionnelle temporaire de blanchisseuse. Par ailleurs, ces limitations fonctionnelles n'étaient que partiellement respectées dans l'activité de gérante ou de propriétaire de kiosque à journaux.

Ainsi, dans une activité de blanchisseuse, la capacité de travail est nulle. Dans l'activité de propriétaire d'un kiosque à journaux, la capacité de travail est par contre de 50%. Par ailleurs, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail est complète.

Les limitations fonctionnelles sont:

Rachis: nécessité de pouvoir alterner 2 x par heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. Pas de port régulier de charges d'un poids excédant 10 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

Déhiscence de la paroi abdominale: Pas de soulèvement ou de lever de charges de plus de 8 kg.

[...] Il y a une incapacité de travail de 100% comme blanchisseuse depuis le 17.02.2003. Depuis cette date, la capacité de travail est de 50% dans l'activité de propriétaire de kiosque. Par contre, dans une activité strictement adaptée, la capacité de travail est complète".

Suite à cet examen rhumatologique, le SMR a dès lors admis qu'il y avait atteinte à la santé d'un point de vue somatique et l'OAI a procédé à un calcul du préjudice économique. Dans une communication interne du 5 mai 2008, l'OAI a retenu un taux d'invalidité de 10% et a constaté que ce taux n'ouvrait ni le droit à une rente ni à des mesures professionnelles et qu'il aurait par conséquent également notifié un refus de prestations à l'assurée. Il a précisé que le résultat était donc le même que la décision du 14 janvier 2008, seul le motif du refus changeait, soit un taux d'invalidité insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations de l'AI

(et non plus que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI).

Le 13 mars 2008, l'OAI a demandé à l'assurée d'indiquer si elle souhaitait que l'office considère son envoi du 30 janvier 2008 comme un recours. Le 25 mars 2008, l'assurée a fait à nouveau état de ses douleurs lombaires et a demandé à l'OAI que les rapports médicaux qu'elle avait déposés soient pris en compte dans le cadre de son recours au Tribunal des assurances (ci-après: le TASS). Le 15 avril 2008, l'OAI a transmis au TASS la lettre du 30 janvier 2008 comme valant recours contre la décision du 14 janvier 2008.

C. Dans ses différentes écritures des 30 janvier, 4 août, 26 octobre et 5 novembre 2008, la recourante s'est contentée de retracer son parcours médical en fournissant au juge instructeur les rapports médicaux qu'elle mentionnait. Il ressort des rapports médicaux produits ce qui suit :

- La Dresse K._____, pneumologue FMH à Aigle, atteste des apnées du sommeil (rapport du 05.01.2009).
- Le Dr F._____, cardiologue FMH à Monthey, pose les diagnostics de douleurs thoraciques d'origine indéterminée, d'obésité morbide avec syndrome d'apnée du sommeil et hypertension artérielle, d'hyperlipidémie et d'état dépressif. Ce praticien relève que l'étiologie de la douleur reste indéterminée; sur le plan coronarien, seul un spasme aurait pu donner un tel tableau clinique, mais en l'absence de lésion fixe, le pronostic est bon à court ou moyen terme; il faut cependant que l'assurée améliore son hygiène de vie, l'objectif prioritaire étant un arrêt du tabac et une réduction pondérale; une consultation de cardiologie a été prévue dans une année (rapport du 22.07.2008).
- Le Dr J._____, médecin assistant au service de cardiologie du CHUV, a relevé qu'une coronographie effectuée le 4 juillet 2008 s'était avérée normale (rapport du 05.07.2008).
- L'assurée a été hospitalisée du 30 novembre au 5 décembre 2008 pour des douleurs de l'abdomen diffuses et a subi une cure d'une

éventration et libération d'adhérences; les suites de l'opération ont été simples et afébriles (rapport du 05.12.2008 de l'Hôpital du Chablais).

Dans sa réponse du 14 juillet 2008, l'OAI conclut au rejet du recours, en exposant la méthode de calcul qu'il a retenu pour calculer le degré d'invalidité de l'assurée. Un délai est ensuite imparti à la recourante pour prendre connaissance du dossier au greffe du TASS. Par courrier du 4 août 2008, l'assurée fait parvenir à l'autorité de céans le rapport du 5 juillet 2008 du Dr J._____, annonce qu'elle fera d'autres examens chez les Drs K._____ et D._____ et qu'elle enverra les rapports médicaux à ce sujet. Par courrier du 26 septembre 2008, l'OAI maintient sa position, faisant valoir l'absence d'éléments médicaux nouveaux.

Le 26 octobre 2008, la recourante sollicite la tenue d'une audience et l'audition de témoins; elle se réfère à son parcours personnel et médical. Par courrier du 5 novembre 2008, elle dépose de nouvelles pièces et se prévaut d'une détérioration de son état de santé. Le 9 janvier 2009, l'OAI fait valoir que ces nouvelles pièces ne sont pas de nature à remettre en cause sa position et se réfère à ses précédentes écritures.

E n d r o i t :

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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 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, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) Selon la jurisprudence, il découle notamment du droit d'être entendu l'obligation pour le juge de motiver sa décision, afin que ses destinataires et toutes les personnes intéressées puissent la comprendre et l'attaquer utilement en connaissance de cause s'il y a lieu, et qu'une autorité de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle (ATF 126 I 15 consid. 2a/aa; 125 II 369, consid. 2c). En règle générale, l'étendue de l'obligation de motiver dépend de la complexité de l'affaire à juger, de la liberté d'appréciation dont jouit le juge et de la potentielle gravité des conséquences de sa décision (ATF 112 Ia 107 consid. 2b; TF 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond. Toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée - à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa; TF 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2).

b) En l'espèce, par décision du 14 janvier 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations d'invalidité, en relevant que - selon l'examen psychiatrique effectué par le SMR le 21 août 2007 - l'état de santé de l'assurée n'entravait en rien sa capacité de travail, qui demeurait entière dans les activités précédemment exercées. Dans sa réponse du 14 juillet 2008, l'OAI, se référant au rapport du 3 mars 2008 du Dr D._____ et à l'examen rhumatologique effectué le 16 avril 2008 par le SMR, a retenu que l'assurée présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et a exposé la méthode de calcul pour calculer le degré

d'invalidité. L'OAI n'a toutefois pas rendu une nouvelle décision après avoir repris l'instruction, au motif que le résultat – refus de rente – était le même que la décision du 14 janvier 2008.

Cela étant, un délai a été imparti à la recourante pour prendre connaissance du dossier, de sorte que celle-ci aurait pu présenter le cas échéant ses observations, de sorte que la violation de son droit d'être entendue a pu être réparée ou guérie. La recourante a par ailleurs eu l'occasion de se prononcer sur les rapports établis postérieurement à la décision du 14 janvier 2008 et a produit plusieurs rapports médicaux. Dès lors, même si la recourante n'a pas formellement eu la possibilité de se déterminer sur le nouveau motif de refus – soit un taux d'invalidité insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations de l'assurance et non plus l'absence d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI – il convient par économie de procédure, de ne pas renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il rende une décision formelle.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente et un taux d'invalidité de 50% à une demi-rente (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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 ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

Il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dans la mesure où ce dernier est généralement enclin, en raison du rapport de confiance qui l'unit à son patient, à prendre parti pour lui en cas de doute (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF I 216/06 du 28 février 2008 consid. 5.1.2 in fine).

4. a) En l'espèce, est litigieux le droit de la recourante à des prestations d'invalidité, que l'OAI lui a refusées par décision du 14 janvier 2008. Conformément à sa demande du 29 août 2005, l'assurée réclame l'octroi d'orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession et d'une rente d'invalidité.

b) Sur le plan psychique, on relèvera que le rapport SMR du 24 août 2007 de la Dresse I. _____ a été effectué suite à un examen psychiatrique complet de l'assurée. Cette praticienne s'est fondée sur une anamnèse détaillée (en particulier familiale, professionnelle et psychosociale) de l'assurée, un status psychiatrique précis établi sur les déclarations de l'intéressée et a retenu des conclusions convaincantes et dûment motivées quant au diagnostic et à la capacité de travail. Elle s'est également fondée sur les critères cliniques de la CIM-10. Par ailleurs, la Dresse I. _____ a clairement exposé les raisons pour lesquelles elle s'écartait des conclusions des psychiatres de l'hôpital du Chablais et les diagnostics qu'elle retient sont corroborés par ceux posés par les médecins traitants.

Les Drs X. _____ et L. _____ (rapport du 16.01.2006) ont retenu que, compte tenu de la longue durée des symptômes, une activité professionnelle à 100% ne pouvait être envisagée pour l'instant. En l'absence de l'introduction de l'ergothérapie, ils ont également précisé ne pas pouvoir se prononcer sur la capacité de travail. Dans leur annexe au rapport médical du 16 janvier 2006, s'ils ont retenu que l'activité exercée jusqu'à maintenant n'était plus exigible, ils n'ont pas pu se prononcer au sujet de l'exercice d'une autre activité, indiquant que l'évaluation ergothérapeutique pouvait apporter des informations. Dès lors, l'avis de ces praticiens, peu précis et quelque peu contradictoire s'agissant de la capacité de travail, ne saurait remettre en question l'avis de la Dresse I. _____ du SMR.

Quant au Dr D. _____, s'il a relevé que la reprise d'une activité professionnelle paraissait tout à fait utopique (rapport du 03.03.2008), il n'en a pas exposé les raisons, si ce n'est les lombalgies, de

sorte que son avis sur ce point manque singulièrement de motivations. Au demeurant, en tant que médecin traitant, son avis doit être apprécié avec les réserves d'usage. Dès lors, le rapport de la Dresse I._____ emporte la conviction de la cour de céans et une pleine valeur probante doit lui être reconnue.

c) Sur le plan somatique, l'assurée a été soumise à un examen rhumatologique le 16 avril 2008. A ce sujet, le Dr C._____ s'est basé sur une anamnèse complète (notamment familiale, personnelle et professionnelle), un status complet, la prise en compte des autres rapports figurant au dossier et des plaintes de l'assurée et il s'est fondée sur une appréciation médicale claire et dûment motivée ainsi que des conclusions précises et convaincantes. L'avis du Dr C._____ n'est du reste pas valablement remis en cause par d'autres médecins, de sorte que son avis emporte pleine valeur probante.

On retiendra que l'assurée souffre d'apnées du sommeil (rapport de la Dresse K._____) mais une incidence sur la capacité de travail n'est pas démontrée ni rendue vraisemblable, étant donné en particulier que la recourante a indiqué qu'elle portait un appareil d'assistance respiratoire (masque) pour dormir (courrier du 05.11.2008). Il est donc hautement vraisemblable que l'apnée du sommeil dont souffre la recourante est traitée par un dispositif C-PAP et qu'elle n'est donc pas invalidante.

En ce qui concerne l'obésité en soi, il ressort des évaluations que les médecins du SMR, comme les médecins traitants, ont fait état de la surcharge pondérale, sans toutefois retenir qu'elle influençait de manière négative la capacité de travail résiduelle de la recourante. Aussi, indépendamment de savoir si l'obésité était la conséquence ou la cause d'une atteinte à la santé, rappelons que ce diagnostic (obésité ou obésité morbide), qui n'a pas été posé en tant que tel par les médecins traitants, mais mentionné en tant qu'atteinte empêchant une reconversion professionnelle uniquement par le Dr D._____ (rapport du 26.09.2005) ne peut être considéré comme ayant un caractère invalidant. Selon la

jurisprudence (TF 9C_931/2008 du 8 mai 2009 consid. 4.1 et TF I 583/82 du 17 octobre 1983, in RCC 1984 p. 359), celui-ci ne peut être admis que si la capacité de gain de l'assuré est sensiblement réduite en raison de l'obésité (qui doit résulter ou entraîner une atteinte à la santé) et ne peut être améliorée par des mesures raisonnablement exigibles. En l'occurrence, le médecin traitant a relevé à plusieurs reprises la mauvaise compliance de la recourante à des mesures visant à diminuer son poids (nutritionniste ou ergothérapie). Dès lors, il est permis de se demander si l'assurée respecte son obligation de diminuer le dommage et d'entreprendre tout ce qu'on peut attendre d'elle pour atténuer les conséquences de son invalidité (TF 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid.3.1 et la référence citée).

d) Les pièces médicales produites par la suite ne rendent pas vraisemblable que l'état de santé de la recourante s'est objectivement aggravé au point d'avoir une incidence sur sa capacité de travail. Il en va ainsi notamment des problèmes cardiaques. En conclusion, la recourante présente une capacité de travail complète dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ainsi que l'a retenu le Dr C._____.

5. a) Il reste à déterminer l'incapacité de gain de la recourante. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). 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 (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; TF I 418/03 du 23 septembre 2003 consid. 6.1).

b) En l'espèce, l'intéressée est sans activité lucrative et ne perçoit plus de gain régulier depuis 1999, respectivement début 2000. Dans ces circonstances, il convient de déterminer les revenus avec et sans invalidité en se référant aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb; TF I 418/03 du 23 septembre 2003 consid. 6.2), en particulier, au salaire moyen auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives. Lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, la jurisprudence admet que le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (TF I 418/03 du 23 septembre 2003 consid. 6.2). L'abattement de 10% du revenu d'invalidité effectué par l'OAI (réponse du 14.07.2008) tient correctement compte des limitations fonctionnelles de l'assurée, de son âge et de son absence de formation.

La recourante présente donc un taux d'invalidité de 10%, de sorte qu'elle n'a pas droit à une rente, étant donné que ce taux est inférieur au degré minimal de 40% donnant droit à l'octroi d'un quart de rente (art. 28 LAI), ni à des mesures d'ordre professionnel – qui englobent l'orientation professionnelle et le reclassement dans une nouvelle profession (art. 8 al. 3 let. b LAI), la jurisprudence exigeant dans ce cas un degré minimal de 20% (ATF 124 V 110 consid. 2b; TF I 497/05 du 26 avril 2006 consid. 3.2). A relever que la prise en compte, pour le revenu sans invalidité, des différents salaires réalisés par l'assurée conduirait à un montant plus faible que celui établi selon l'ESS (extrait du compte AVS du 29.09.2005) de sorte que le calcul décrit ci-dessus représente la situation la plus favorable pour l'assurée. Partant, le recours doit être rejeté.

6. Au vu de ce qui précède, le dossier s'avère complet pour statuer sur le droit aux prestations litigieuses, de sorte que la tenue d'une audience et l'audition à titre de mesure d'instruction des membres de la famille ou des amis de la recourante afin d'établir que ses plaintes sont réelles n'est pas nécessaire. En effet, aucun des médecins ou spécialistes

consultés ne remet en cause la réalité des plaintes de l'assurée qui ne prétend qu'il y aurait une amplification volontaire des symptômes à des fins de rente.

7. 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 (art. 69 al. 1 bis LAI). Ceux-ci doivent être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause et qu'elle n'est pas représentée par un avocat dans la présente procédure (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 14 janvier 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 250 fr. (deux cent cinquante francs) est mis à la charge de W._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- W. _____
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :