

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 juin 2010

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mmes Röthenbacher et Thalmann
Greffier : M. Bichsel

* * * * *

Cause pendante entre :

N._____, à [...], recourante, représentée par le Service juridique de la
Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI et 16 LPGA

E n f a i t :

A. N._____, née en 1966, employée de commerce, a déposé le 21 avril 2006 une demande de prestations de l'assurance-invalidité, tendant à l'octroi d'une mesure de placement, respectivement d'orientation professionnelle, de reclassement dans une nouvelle profession ou de rééducation dans la même profession. Dans sa demande, elle indiquait souffrir d'un syndrome de Turner ainsi que de malformations des hanches, ayant nécessité plusieurs opérations entre l'âge de 7 et 26 ans.

Il résulte des pièces versées au dossier que l'assurée a travaillé en qualité d'employée d'assurances, à 100 % puis à 80 %, auprès de la société U._____ SA, à Lausanne, du 1^{er} avril 2001 au 31 juillet 2005. Elle a ensuite exercé l'activité de secrétaire sociale, à 80 %, au service de la M._____, à [...], du 2 au 31 août 2005 (dernier jour de travail effectif) - le contrat de travail ayant été résilié par l'employeur avec effet au 31 décembre 2005 après le temps d'essai, au motif qu'elle ne correspondait pas au profil recherché. L'intéressée travaillera ensuite à titre temporaire, à 60 %, auprès des K._____, à Lausanne, du 19 juin au 31 décembre 2006, emploi pour lequel elle se verra proposer un contrat de durée indéterminée, à 80 %, dès le 1^{er} janvier 2007.

Dans un bref rapport établi le 13 juillet 2006, le Dr T._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a retenu le diagnostic de luxation bilatérale des deux hanches multi-opérées, atteinte actuellement asymptomatique cliniquement et n'occasionnant selon ce médecin aucune incapacité de travail dans l'activité adaptée d'employée de commerce. Le Dr T._____ indiquait avoir adressé l'assurée au Dr S._____, spécialiste FMH en médecine interne, pour la prise en charge de la problématique liée à son syndrome de Turner.

Interpellé par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'office), le Dr S._____ a établi un rapport les

20 septembre et 21 octobre 2006, posant comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée le diagnostic de syndrome de Turner existant depuis 1966, diagnostiqué en 1982. Selon ce médecin, qui estimait que l'activité d'employée de commerce était particulièrement adaptée au handicap présenté par l'intéressée, la capacité de travail de celle-ci était de 70 % depuis mi-2003 (l'activité habituelle étant exigible à raison de 7 heures par jour, respectivement avec un rendement de 70 %), étant précisé ce qui suit:

"Mon examen, cependant, ne rend pas vraiment compte de la situation, puisqu'il se passe dans le cadre calme de la consultation. Je pense qu'une réévaluation par les médecins de l'AI serait judicieuse."

Dans un rapport d'examen du 29 mars 2007, le Dr J._____, spécialiste FMH en médecine interne du Service médical régional AI (SMR), a fait siennes les conclusions du Dr S._____ concernant l'exigibilité, en ce sens que la capacité de travail de l'assurée était réputée s'élever à 70 %, respectivement à 100 % avec une baisse de rendement de 30 %, depuis le mois de mai 2003, et ce tant dans son activité habituelle que dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes: *"pas d'usage d'échelle ou d'escabeau, environnement calme et peu stressant"*.

Par décision du 18 juillet 2007, l'OAI a reconnu à l'assurée un droit au placement, sous la forme en particulier d'un soutien dans ses recherches d'emploi.

Dans un courrier électronique adressé le 24 juillet 2007 à l'office, l'assurée a notamment indiqué ce qui suit:

"Suite à cet emploi temporaire auprès des K._____, du 19.06.2006 au 31.12.2006, mon employeur m'a proposé un contrat fixe dès le 01.01.2007. Il y a néanmoins eu encore une période d'essai qui a duré jusqu'à fin mars. Mon engagement définitif a donc eu lieu seulement le 30.03.2007, après que mon supérieur ait constaté qu'il était content de mon travail, mais que j'ai un problème de stress, qui découle notamment des expériences particulièrement difficiles que j'ai vécues dans le cadre professionnel ces dernières années." [...]

"Ainsi, après trois ans de recherches d'emploi et d'incertitude, ma situation s'est enfin stabilisée. Je suis cependant assez vite

désécurisée et je continue de souffrir intérieurement. Cela me reste assez pénible, également physiquement, de faire face à la vie professionnelle. Je travaille à 80 % et ne pourrais pas travailler à plein temps sur une longue période.

Puis-je vous demander de ne pas contacter mon employeur, qui n'est pas au courant de mon handicap ni de ma démarche auprès de l'AI ? Dans le cas contraire, mon emploi pourrait être compromis."

Par courrier du 26 novembre 2007, l'office a relevé que l'assurée travaillait alors à 80 %, soit au-dessus de l'exigibilité médicale (arrêtée à 70 %), et qu'il était dans son intérêt que son employeur soit informé de son handicap, respectivement que puissent être proposées des mesures afin d'améliorer la situation. Il était précisé que, dans la mesure où l'intéressée exerçait déjà une activité relativement bien adaptée, le Service d'aide au placement de l'OAI ne pourrait guère lui être utile si elle maintenait sa volonté de ne pas informer son employeur, de sorte que, le cas échéant, il serait mis un terme au droit à l'aide au placement.

L'assurée ayant maintenu sa position, l'office l'a informée, par prononcé du 11 décembre 2007, qu'il était mis un terme à l'aide au placement.

Le 14 janvier 2008, l'OAI a soumis à l'assurée un projet de décision de refus de rente d'invalidité, retenant un degré d'invalidité de 30 % fondé sur une capacité de travail résiduelle de 70 % dans son activité habituelle d'employée de commerce comme dans toute autre activité adaptée à ses atteintes, soit toute activité exercée dans un environnement calme et peu stressant et ne nécessitant pas l'usage d'échelle ou d'escabeau.

Dans le cadre de ses déterminations concernant ce projet de décision, notamment par courrier du 13 février 2008, l'assurée a en substance contesté l'exigibilité sur le plan médico-théorique retenue, et requis que ses possibilités d'activité professionnelle et son rendement soient réexaminés, tant sous l'angle de son droit au placement que sous celui de son droit à la rente. Elle a conclu à son droit à une rente partielle, afin de lui permettre de conserver sa place de travail.

Par décision du 16 mai 2008, l'OAI a confirmé son projet de décision du 14 janvier 2008, dans le sens du refus d'une rente d'invalidité. Dans la motivation de cette décision, par courrier du même jour, il a en substance retenu que les possibilités d'activité professionnelle aussi bien que le rendement de l'assurée avaient été étudiés avec toute la diligence requise, et qu'il en était résulté une capacité de travail résiduelle de 70 % dans toute activité adaptée, telle son activité habituelle d'employée de commerce. Le degré d'invalidité en découlant, savoir 30 %, étant insuffisant pour ouvrir le droit à une rente, la seule possibilité d'intervention de l'office aurait consisté dans une aide au placement auprès de son employeur, afin de faire en sorte que son poste actuel respecte entièrement ses limitations fonctionnelles; l'intéressée n'ayant pas souhaité bénéficier de ce soutien, l'OAI n'avait eu d'autre choix que de mettre fin à son intervention.

B. **a)** N._____, désormais représentée par le Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégrations des handicapés, a formé recours contre cette décision devant le Tribunal des assurances par acte du 16 juin 2008, concluant, avec suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise médicale. Elle a fait valoir que sa capacité de travail résiduelle n'avait pas été instruite dans toute la mesure requise, invoquant en particulier le fait que le rapport établi le 20 septembre 2006 par le Dr S._____ n'était à cet égard "*pas clair du tout*", respectivement que ce médecin avait lui-même admis que son examen ne rendait pas vraiment compte de la situation; elle a conclu qu'elle ne pouvait plus travailler à 100 %, mais à 60 % tout au plus.

Dans sa réponse du 1^{er} septembre 2008, l'OAI a considéré qu'un complément d'instruction n'était pas nécessaire, et proposé le rejet du recours.

Par écriture du 17 septembre 2008, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, et proposé un médecin à titre d'expert.

Dans sa duplique du 7 octobre 2008, l'office a indiqué qu'il n'avait rien à ajouter à ses précédentes écritures, et derechef proposé le rejet du recours.

b) Le magistrat en charge de l'instruction de la cause a décidé la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Interpellées, les parties se sont déterminées sur la personne de l'expert, respectivement sur les questions à lui soumettre.

Cette expertise a été confiée à la Dresse B._____, spécialiste FMH en gynécologie et obstétrique, laquelle a estimé nécessaire de procéder à une évaluation complète, comprenant des examens de médecine interne, chirurgie orthopédique et neuropsychologie. L'expertise comprend ainsi les rapports suivants:

- Un rapport établi le 17 septembre 2009 par la Dresse W._____, spécialiste FMH en médecine interne, laquelle a relevé que l'assurée avait une bonne santé habituelle, les examens cliniques et paracliniques ne mettant en évidence ni syndrome métabolique, ni pathologie endocrinienne, ni maladie cardiovasculaire. Selon ce médecin, les limitations et les plaintes actuellement vécues par l'intéressée semblaient surtout en relation avec le problème orthopédique et des troubles neuropsychologiques.

- Un rapport établi le 29 septembre 2009 par le Dr X._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, dont il résulte en particulier ce qui suit:

"Anamnèse socio-professionnelle :

Patiente suisse d'origine, âgée de 43 ans. Elle est célibataire, sans enfant.

Après sa scolarité obligatoire, elle a poursuivi par une formation d'employée de commerce dont elle a obtenu le CFC.

Depuis lors, elle a travaillé chez divers employeurs, essentiellement dans le domaine des assurances.

Depuis 3 ans, elle a été engagée aux K. _____ à Lausanne.

Habitant [...], sa journée de travail commence de bonheur le matin puisqu'elle prend en général le train de 06h25 jusqu'à Lausanne, puis le M2 jusqu'à son lieu de travail où elle arrive vers 06h50. Jusqu'à 08h30, elle est occupée à des travaux administratifs essentiellement basés en position assise, plutôt derrière l'ordinateur. De 08h30 jusque vers 10h00-11h00, elle trie le courrier, essentiellement en position debout et prépare la distribution qu'elle effectue ensuite. Ceci l'oblige à monter et à descendre plusieurs fois les escaliers et à changer de bâtiment, les K. _____ étant sur 2 lieux, relativement proches. De 11h00 jusqu'à 13h00, elle reprend les travaux administratifs, mais doit aussi s'occuper de maintenance en rechargeant les photocopieuses et en remettant de l'ordre dans la cafétéria. De 13h00 à 14h00, elle prend sa pause et va dîner. De 14h00 à 16h00, elle est de nouveau aux tâches administratives exclusivement, soit assise devant l'ordinateur. Après cela, elle quitte son travail pour rentrer chez elle, faisant le même trajet que le matin mais en sens inverse."

[...]

"A noter que son taux d'engagement est de 80 %, soit du lundi au jeudi, la patiente ayant congé le vendredi. Malgré cette capacité de travail partielle, elle affirme être souvent très fatiguée et ne pas pouvoir récupérer complètement durant ses 3 jours de congé."

[...]

Diagnosics :

- Syndrome de Turner.
- Status après mise en évidence d'une dysplasie congénitale coxo-fémorale droite stade III et dysplasie congénitale coxo-fémorale gauche stade II en 1973.
- Status après ostéotomie intertrochantérienne de varisation et dérotation à droite + ostéotomie pelvienne selon Salter le 21.05.1973.
- Status après ablation du matériel d'ostéosynthèse à la hauteur du bassin droit le 15.08.1973.
- Status après ostéotomie intertrochantérienne de varisation-dérotation à gauche associée à une plastie du fascia lata et à une excision de la cicatrice opératoire + ablation du matériel d'ostéosynthèse du fémur droit le 08.06.1974.
- Status après ablation du matériel d'ostéosynthèse et plastie tégumentaire pour cicatrices chéloïdes à gauche le 20.03.1975.
- Status après acétabuloplastie complémentaire par ostéotomie pelvienne de type Chiari le 07.04.1978.
- Status après ostéotomie pelvienne droite d'abaissement du toit acétabulaire le 07.01.1993.

- Légère coxa magna et congruence articulaire résiduelle droite, mais sans signe d'arthrose secondaire pour le moment, ni de limitation fonctionnelle significative autre qu'une petite perte des rotations.
- Petite rigidité dorsale basse sur séquelles de maladie de Scheuermann.
- Ostéoporose rachidienne modérée.

DISCUSSION :

[...] "le seul problème majeur orthopédique qu'on retrouve associé au syndrome de Turner est des séquelles d'une dysplasie bilatérale de hanches plus marquée à droite et ayant nécessité de multiples opérations. Si le résultat final gauche est excellent, par contre à droite, il en a résulté un raccourcissement du col fémoral avec légère coxa magna et toujours persistance d'une petite incongruence articulaire et découverte surtout antéro-supérieure. Heureusement pour le moment, ceci n'aboutit pas encore à des troubles dégénératifs secondaires de type arthrose. Par contre, toujours du côté droit, les multiples opérations ayant entraîné un raccourcissement de 1 cm et surtout en raison des différentes ostéotomies pelviennes, ont laissé comme séquelles une insuffisance du moyen fessier déjà constatées après la 1^{ère} opération et qui expliquent la petite boiterie qui perdure.

L'état radiologique actuel ainsi que la clinique objective et les plaintes subjectives ne nécessitent pas pour le moment la reprise d'un traitement orthopédique à ce niveau, mais il est clair que ces hanches restent un peu anormales, surtout à droite, nécessitant un ménagement d'utilisation pour essayer d'éviter l'apparition trop rapide d'une coxarthrose. C'est pourquoi, il est souhaitable que la patiente ait plutôt une activité en position essentiellement assise, ne nécessitant pas la montée ou la descente trop fréquentes de pentes ou d'escaliers. De plus, elle doit éviter le port de charges supérieures à 10 kg de manière répétitive.

Si ces conditions sont remplies, sur le plan orthopédique, il n'y a pas vraiment de contre-indication à une capacité de travail totale."

[...]

"Pour terminer, j'ajouterai que sur le plan orthopédique, à long terme il y a quand même un risque important de voir apparaître une coxarthrose au moins droite et qu'il n'est pas exclu qu'à un moment ou à un autre, la reprise d'un traitement soit nécessaire, tout d'abord conservateur, puis plus tard sous la forme d'une prothèse totale. En l'état actuel, vu le peu d'évolution radiologique entre 1993 et 2009, on peut espérer que cette complication tardive ne va pas se développer rapidement, mais on ne peut l'exclure totalement.

REPONSES AU QUESTIONNAIRE DE LA COUR DES ASSURANCES SOCIALES :

[...]

"5. Quelles sont les limitations fonctionnelles de la recourante ?

La patiente ayant une petite boiterie par insuffisance du moyen fessier de la hanche droite, associée radiologiquement à une incongruence partielle de son articulation de la hanche droite, sur le plan orthopédique, il est souhaitable que cette dernière soit ménagée.

Cela implique que l'activité professionnelle devrait se passer essentiellement en position assise. Il faut fortement limiter la montée et la descente régulière d'escaliers ou de pentes. Il est également important d'éviter le port de charges supérieures à 10 kg de manière répétitive. Le périmètre de marche doit également être limité à 1 heure max. à la fois.

6. Sont-elles de nature à empêcher l'activité professionnelle de la recourante totalement ou partiellement ?

Dans son activité professionnelle actuelle, la patiente - au vu de la description donnée ci-dessus - me paraît être trop longtemps debout à piétiner sur place ou à se déplacer pour distribuer le courrier. Elle doit également vraisemblablement porter un peu trop de charges.

Dans ces conditions, cela peut justifier une diminution de son activité professionnelle sur le plan orthopédique, si un aménagement du poste de travail, selon les conditions de la question 5, n'est pas possible.

7. En cas d'empêchement partiel, selon quel taux en pour cent, pour quels motifs et depuis quand ?

N'ayant vu cette personne qu'à une reprise à mon cabinet et ne l'ayant pas suivie sur son lieu de travail, il m'est impossible de définir exactement la limitation professionnelle que cela pourrait induire sur le plan orthopédique et surtout depuis quand.

Si on veut le savoir, il me semble qu'une estimation dans un milieu protégé sur une durée de quelques semaines doit être faite, pour véritablement juger de la résistance à l'effort répétitif de la patiente, du moment de l'apparition d'une certaine fatigabilité et éventuellement d'une augmentation de la boiterie dans le temps.

8. Avec son taux d'activité actuel, la recourante travaille-t-elle au-dessus de ses forces ? Dans l'affirmative, quel taux d'activité ne devrait-on pas dépasser ?

Probablement oui. Cela à mon avis va dépendre de l'adaptation de son poste de travail à ses problèmes orthopédiques, mais également des autres facteurs en relation avec sa maladie de Turner comme la résistance globale au stress et les problèmes d'intégration sociale dont je n'ai pas les connaissances médicales suffisantes pour en discuter. En conséquence, pour ces problèmes il faut se référer à mes confrères neuropsychologues, neurologues ou psychiatres.

9. Les troubles présentés par la recourante sont-ils de nature à empêcher totalement toute autre activité lucrative ? Pour quels motifs et depuis quelle date ?

Sur le plan strictement orthopédique, sous réserve des critères émis à la question 5, il n'y a pas d'empêchement total à toute autre activité lucrative.

10. Si tel n'est pas le cas, quels sont les types d'activités raisonnablement exigibles et adaptées à l'état de santé de la recourante ?

Si la patiente peut vraiment effectuer un travail d'employée de commerce, c'est-à-dire essentiellement en position assise à effectuer des travaux administratifs avec peu de déplacement et sans port de charges, il n'y a pas véritablement de limitation de la capacité de travail.

Pour les autres pathologies médicales en relation avec le syndrome de Turner, je vous prie de vous référer à mes confrères spécialistes.

11. Les troubles qu'elle présente sont-ils de nature à empêcher partiellement l'exercice d'une activité lucrative adaptée ? Pour quels motifs, selon quel taux en % et depuis quelle date ?

Sur le plan orthopédique, il n'y a pas vraiment de contre-indication à exercer une activité lucrative, mais par contre je pense que sur le plan psychiatrique vraisemblablement que son manque d'adaptation au stress et son problème d'absence de compréhension des communications non-verbales sont de nature à entraîner des conflits du travail et en conséquence à limiter les possibilités de réintégration professionnelle et surtout de rendement complet de toute activité lucrative même adaptée. Cependant sur ce dernier point, je vous prie de vous référer à mes confrères spécialistes en ce domaine."

[...]

"14. Peut-on améliorer la capacité de travail de la recourante au poste occupé jusqu'à présent ?

Oui, sur le plan orthopédique, il faut essayer qu'elle ait plus de tâches administratives et qu'elle n'ait plus besoin de trier le courrier en position debout, ni de le distribuer. Il est également important qu'elle n'ait pas à s'occuper de la maintenance des photocopieuses ou de remettre en ordre la cafétéria."

[...]

"16. Avez-vous d'autres précisions à ajouter ?

En-dehors de la problématique orthopédique, il est vital qu'un bilan complet neuropsychologique et psychiatrique soit effectué chez cette patiente, qui manifestement présente quelques troubles d'adaptation au stress et à l'intégration sociale, ces caractéristiques faisant partie fréquemment du syndrome de Turner. Si cela se confirme, il est clair qu'une adaptation du poste de travail dans une activité peu stressante, probablement associée à une diminution de son taux d'activité devra être sérieusement discutée."

- Un rapport établi le 1^{er} octobre 2009 par Mme P._____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP, laquelle a conclu ce qui suit:

"Cet examen, effectué chez une patiente orientée, très collaborante, nosognosique de ses limitations cognitives, met en évidence des **troubles mnésiques modérés en modalité verbale**, caractérisés par des difficultés d'apprentissage et de récupération de l'information, ainsi qu'un **dysfonctionnement exécutif et attentionnel modéré** (déficit de mémoire de travail, d'attention divisée et de planification) se manifestant en situations complexes (situations de doubles tâches et d'interférence, situation dites non structurées). Sur les plans thymique et comportemental, on relève une tendance aux digressions, d'occasionnelles réponses à côté, quelques rires immotivés, une attitude par moments familière, ainsi qu'une fragilité avec larmes difficilement contenues lorsqu'on aborde des sujets personnels douloureux.

En revanche, les capacités langagières, praxiques, gnosiques visuelles et le raisonnement sont préservés.

A l'échelle d'intelligence pour adultes de Wechsler (WAIS III), on retient **un QI verbal de 116 dans la norme supérieure, un QI performance de 87 dans la norme inférieure et un QI total de 103 dans la moyenne.**

Ce tableau, avec une asymétrie obtenue à l'échelle d'intelligence pour adultes de Wechsler donnant un QI verbal supérieur au QI performance, est compatible avec un Syndrome de Turner.

Les déficits cognitifs susmentionnés sont de nature à diminuer significativement l'autonomie de Mme N._____ dans la gestion de situations complexes et altèrent son rendement et sa capacité de travail.

Le dysfonctionnement exécutif et attentionnel ne permet pas à la patiente de gérer plusieurs tâches en même temps et la rend particulièrement fragile en situation de stress, d'interférence ou de forte contrainte temporelle. Afin d'exploiter correctement ses ressources cognitives, elle nécessite des consignes claires et explicites (si possible par écrit), lui permettant d'organiser son travail de manière séquentielle (une chose à la fois, une tâche après l'autre) et lui évitant de se disperser.

La fragilité psychique et la très discrète désinhibition comportementale nécessitent par ailleurs un environnement bienveillant, afin de permettre une bonne intégration dans le milieu professionnel et d'éviter une décompensation pouvant avoir une répercussion négative sur les fonctions cognitives et le travail fourni.

Les difficultés d'attention divisée et de mémoire de travail sont particulièrement invalidantes dans une activité de secrétariat nécessitant la gestion de multiples tâches au cours d'une journée et un emploi à temps partiel serait justifié (d'environ 60 %).

Le rendement de la patiente sera déterminé par le type de tâche et d'organisation mis en place sur le lieu de travail : dans de bonnes conditions (à savoir dans un cadre très structuré, avec des demandes explicites, pour des tâches séquentielles), Mme N. _____ est à même de fournir un travail de très bonne qualité sans nette altération du rendement ; en revanche, en situation de stress, d'interférence ou de contrainte temporelle, il faut s'attendre à des oublis, des erreurs et à une efficacité très amoindrie (de l'ordre de 50 %)."

- Un rapport établi le 11 novembre 2009 par la Dresse B. _____, laquelle, se référant aux constatations et conclusions de la Dresse W. _____, du Dr X. _____ ainsi que de la neuropsychologue P. _____, a répondu en particulier ce qui suit aux questions qui lui étaient soumises:

"1. Anamnèse

Mme N. _____ est le premier enfant d'une fratrie de deux d'un père alcoolique, colérique, usant de violences verbales et d'une mère décrite comme incompréhensive. A l'âge de 7 ans on diagnostique une subluxation congénitale invétérée de la hanche droite ainsi qu'une dysplasie de la hanche gauche. Suivent de multiples opérations entre 1973 et 1993 (mai 73, août 73, juin 74, mars 75, avril 78 et une dernière en janvier 93). Elle en garde une boiterie.

L'enfance est décrite comme difficile, la patiente se sent rejetée par ses camarades d'école et devient le bouc émissaire de la classe. Elle subit des moqueries quotidiennes, des violences verbales et physiques. Néanmoins elle réussit à terminer sa scolarité normalement.

A l'âge de 16 ans, le diagnostic de Syndrome de Turner est posé en raison de sa petite taille. Ce diagnostic ne lui est communiqué qu'à l'âge de 18 ans lorsqu'elle commence « à fréquenter ». Elle a été très choquée qu'on lui ait caché la vérité et qu'elle ne pourra jamais avoir d'enfants. Ni à ce moment, ni à aucun autre moment, elle aurait été informée plus exhaustivement sur ce que cela signifie d'être atteinte du syndrome de Turner.

Après une année de préapprentissage, elle commence un apprentissage d'employée de commerce qu'elle termine avec un CFC malgré de sérieuses difficultés, de problèmes d'intégration avec ses collègues et de blessures émotionnelles importantes subies de la part son père pendant cette même période."

[...]

"En automne de cette même année [1999], elle trouve un travail à 80 % dans une assurance. Malgré un temps de travail partiel, elle sent une fatigue s'installer progressivement ainsi qu'une incapacité à faire face aux exigences de son chef. Ce dernier finit par lui reprocher de créer un état de stress dans toute l'équipe et lui conseille de chercher un autre travail.

En août 2005, après 14 mois de recherche, elle trouve un autre travail à la M. _____ [...] et elle quitte l'assurance. Elle ne réussit pas à s'intégrer dans l'équipe. Le travail n'étant pas structuré, la recourante se trouve dès le départ dans un état de stress avec une insuffisance de ses prestations. Son nouvel employeur rompt le contrat après cinq mois soit fin 2005.

Au printemps 2006, elle comprend qu'elle ne peut pas assumer un travail

« normal » d'employée de commerce, ni continuer à s'assumer seule et elle fait une demande à l'AI pour un placement adapté. Toutefois, comme elle refuse qu'on informe l'employeur de son handicap, l'AI arrête les démarches et classe son dossier. Elle fait recours.

Pendant quelques mois elle se trouve au chômage puis décroche un travail temporaire fin 2006 comme réceptionniste à 60 % aux K. _____. Cette place lui convient et à la fin de son mandat temporaire de 6 mois elle postule pour un poste devenu vacant comme secrétaire à 80 %. Elle obtient le poste. Du fait d'un certain déni de son handicap elle doit fournir un effort énorme pour répondre à la demande de son employeur. Progressivement elle s'épuise, ce travail représente une surcharge permanente. Ses difficultés relationnelles avec ses collaboratrices et son état de stress qu'elle reporte sur toute l'équipe, pareil à ce qui c'était passé lorsqu'elle travaillait dans l'assurance en 2004, lui ont valu une lettre d'avertissement avec menace de licenciement ce mois de septembre 2009."

[...]

"2. Constatations objectives et status clinique

Référence est faite aux rapports de médecine interne, d'orthopédie et de neuropsychologie" [...]

"3. Indications données par la recourante

a) Etat général

- Fatigue, troubles du sommeil, difficulté de maintenir un rendement au travail
- Douleurs thoraciques antérieures de type oppressant en relation avec le stress, accompagnées de palpitations
- Difficulté de localisation dans l'espace avec une certaine

maladresse

b) Système locomoteur

- Douleurs aiguës au niveau des hanches après avoir porté des objets lourds (10-15 kg).
- Douleurs lombaires basses épisodiques lors d'effort

c) Neuropsychologiques

- Difficultés d'organisation dans son travail avec incapacité d'établir des priorités et à gérer plusieurs tâches en même

- tempers entraînant des erreurs et des oublis, une perte de temps et un épuisement
- explicite
- Incapacité à fonctionner sans un cadre très structuré et
 - Difficultés relationnelles avec les collègues et supérieurs
 - Difficulté à percevoir les attentes d'autrui
 - Difficulté de gestion de ses émotions qui l'empêchent d'agir rationnellement

4. Troubles présentés par la recourante

- F43.2
- Syndrome de Turner ICD 10 Q96.9
 - Dysplasie congénitale coxo-fémorale bilatérale ICD 10 Q 65
 - Ostéoporose rachidienne ICD 10 M 81.68
 - Troubles somatoformes ICD 10 F45.0
 - Trouble de l'adaptation avec réaction dépressive légère ICD 10
 - *Troubles mnésiques modérés en modalité verbale (difficultés d'apprentissage et de récupération d'information)
 - *Dysfonctionnement exécutif et attentionnel modéré (déficit de mémoire de travail, d'attention divisée et de planification)
 - Labilité émotionnelle ICD 10 F06.6

* Il n'existe pas de code dans l'ICD pour ces troubles cognitifs spécifiques

5. Quelles sont les limitations fonctionnelles de la recourante ?

- a) Sur le plan médecine interne: Pas de limitations fonctionnelles.
- b) Sur le plan locomoteur: Il faut ménager l'articulation de la hanche droite, cela implique que l'activité professionnelle devrait se passer essentiellement en position assise. La montée et la descente d'escaliers ou de pentes doit être limitée et le port de charges supérieur à 10 kilos évité. Le périmètre de marche doit être limité à une heure maximum à la fois.
- c) Sur le plan neuropsychologique: Les déficits cognitifs spécifiques (c.f. * point 4) diminuent significativement l'autonomie de la patiente notamment dans la gestion de situations complexes. Elle présente des difficultés d'apprentissage et de récupération de l'information. Sa mémoire à court terme est réduite signifiant une limite à la quantité d'information qu'elle peut traiter à la fois. Par ailleurs, la capacité de gérer deux tâches en même temps est également réduite. Ce dysfonctionnement exécutif et attentionnel la rend particulièrement fragile en situation de stress, d'interférence ou de forte contrainte temporelle. Elle a besoin de consignes claires et explicites lui permettant d'organiser son travail de manière séquentielle pour éviter de se disperser.
La fragilité psychique et la discrète désinhibition comportementale nécessitent un environnement bienveillant afin de permettre une bonne intégration dans le milieu professionnel et d'éviter une compensation pouvant avoir une

répercussion négative sur les fonctions cognitives spécifiques et le travail fourni.

6. Sont-elles de nature à empêcher l'activité professionnelle de la recourante totalement ou partiellement ?

Oui, partiellement

7. En cas d'empêchement partiel, selon quel taux en pourcent, pour quel motifs et depuis quand ?

- a) Sur le plan médecine interne il n'y a aucun empêchement.
- b) Du point de vue orthopédique, la patiente est trop longtemps debout et doit probablement porter trop de charges dans son activité professionnelle actuelle. Si un aménagement de sa place de travail comme indiqué sous point 5 n'est pas possible, une estimation dans un milieu protégé sur une durée de quelques semaines devra être faite pour juger de la résistance à l'effort répétitif de la recourante, du moment d'une certaine fatigabilité et d'une augmentation de la boiterie. On peut raisonnablement admettre, que d'un point de vue orthopédique il existe une surcharge depuis fin 2006 quand sont apparues des douleurs au niveau des hanches. Ce moment coïncide avec le début de son travail comme secrétaire aux K._____.
- c) Sur le plan neuropsychologique, les difficultés d'attention divisée et de mémoire de travail sont particulièrement invalidantes dans une activité de secrétariat nécessitant la gestion de multiples tâches au cours d'une journée. Cela se traduit en pratique par une grande fatigabilité. Un emploi à temps partiel de 60 % au maximum dans un travail adapté serait justifié. S'il n'est pas possible d'adapter l'activité professionnelle, le temps de travail ne devrait en aucun cas dépasser le 50 %. Les difficultés neuropsychologiques ont toujours existé mais la patiente a réussi à les compenser au prix d'une importante fatigue conduisant à l'épuisement malgré un temps de travail déjà réduit à 80 %. D'une manière sûre, elle n'arrive plus à compenser depuis août 2005 soit depuis qu'elle a quitté son premier employeur pour commencer un travail à la M._____ [...]. Le travail temporaire de réceptionniste à 60 % était d'avantage adapté à son handicap, elle a pu fournir un travail satisfaisant sur une durée de 6 mois.

8. Avec son taux d'activité actuel, la recourante travaille-t-elle au-dessus de ses forces ?

Oui

Dans l'affirmatif, quel taux d'activité devrait-on ne pas dépasser?

Dans son travail actuel, elle ne peut pas travailler plus que 50 %

9. Les troubles présentés par la recourante sont-ils de nature à empêcher totalement toute autre activité lucrative? Pour quels motifs et depuis quelle date?

Non

10. Si tel n'est pas le cas, quels sont les types d'activité raisonnablement exigibles et adaptés à l'état de santé de la recourante?

Travail administratif en position assise, dans un cadre très structuré, avec des demandes très explicites, et pour des tâches séquentielles. Ceci dans un environnement bienveillant afin de permettre la bonne intégration dans le milieu professionnel.

11. Les troubles qu'elle présente sont-ils de nature à empêcher partiellement l'exercice d'une activité lucrative adaptée? Pour quels motifs, selon quel taux en % et depuis quelle date?

- a) Sur le plan médecine interne pas d'empêchement.
- b) Sur le plan orthopédique, il n'y a pas de contre indication à exercer une activité lucrative adaptée.
- c) Sur le plan neuropsychologique, pour les raisons évoquées sous point 5, un travail adapté devrait être possible à 50-60 % au maximum.

12. Des mesures médicales sont-elles de nature à permettre à la recourante d'exercer une activité lucrative?

A part un traitement préventif de l'ostéoporose, il n'y a pas de mesure médicale pouvant influencer favorablement la capacité lucrative.

14. Peut-on améliorer la capacité de travail de la recourante au poste occupé jusqu'à présent?

- a) --
- b) Sur le plan orthopédique: en appliquant les mesures tels que travail assis (ne plus s'occuper à trier et distribuer le courrier, ne pas lever des poids, ne pas s'occuper de la cafeteria et de la maintenance de la photocopieuse etc.) éviterait des douleurs des hanches et l'apparition d'une coxarthrose dans un proche avenir.
- c) Sur le plan neuropsychologique: en ne lui donnant qu'un travail administratif à la fois, à exécuter avec des consignes claires, sans contrainte temporelle, on potentialiserait ses compétences et l'utilisation de ses ressources cognitives. Un léger état dépressif constaté actuellement est entre autres lié à la mauvaise intégration dans l'équipe et à un environnement insuffisamment encourageant. L'amélioration de cette situation contribuerait à ce que la recourante puisse mieux utiliser ses compétences cognitives. Son rendement augmenterait et elle serait mieux acceptée par ses collaborateurs.

15. Quel est votre pronostic? L'état de la recourante est-il susceptible d'amélioration, à quelles conditions ou au contraire, cet état est-il stationnaire ou risque-t-il de se péjorer?

Quant au problème orthopédique, vu l'absence de signes de coxarthrose pour l'instant, si la position assise lors du travail peut être réalisée, la situation peut rester stationnaire encore quelque temps. En revanche, si la recourante doit se déplacer et/ou porter des poids, elle risque de surcharger les hanches et développer plus rapidement une coxarthrose secondaire, surtout droite, nécessitant des traitements médicaux et pouvant aboutir à une prothèse totale de hanche.

En se tenant strictement aux recommandations mentionnées sous alinéa 5, avec un **travail adapté, à temps partiel (50 %)**, la recourante peut fournir un bon travail. Les troubles cognitifs spécifiques présentés par la recourante sont congénitaux et il n'y a pas de traitement donc pas d'amélioration possible. Si les conditions d'un travail adapté ne sont pas remplies, la recourante se trouve dans un état de stress avec son impact négatif sur ses capacités cognitives. Le rendement peut alors diminuer de 50 % voir d'avantage (selon téléphone du 5.10.09 avec la neuropsychologue). Il y a aussi un risque d'une aggravation de son état dépressif et/ou une augmentation des douleurs somatoformes pouvant conduire à une incapacité de travail totale.

16. Avez-vous d'autres précisions à ajouter?

Le syndrome de Turner est bien connu en tant qu'anomalie chromosomique mais, à l'heure actuelle, ce syndrome est toujours très mal connu pour ses multiples pathologies associées (somatiques et neuropsychologiques). Le diagnostic se fait souvent tardivement, quand il y a déjà une diminution de la croissance irréversible. Au début, ces patientes sont prises en charge par le pédiatre et l'endocrinologue. Puis, malheureusement, s'il n'y a pas d'autre pathologie somatique associée, ces patientes ne sont plus prises en charge. Un état de fatigue est commun à toutes les patientes avec Syndrome de Turner. Mme N. _____ a bénéficié d'une prise en charge de son problème hanche mais elle n'a jamais eu un bilan médical complet ni une investigation neuropsychologique ce qui aurait permis de cerner son handicap d'une manière plus complète. Or, ses problèmes d'intégration à l'école étaient probablement d'avantage dus à ses problèmes neuropsychologiques qu'à son problème de hanche. Mme N. _____ a vécu dans un certain déni de sa pathologie. Elle a réussi à compenser ses déficits cognitifs spécifiques moyennant une réduction de travail à 80 % et de gros efforts jusqu'en 2004. Depuis, elle n'arrive plus à compenser et le même scénario s'est répété trois fois : Temps de travail trop élevé dans une place inadaptée, mauvaise intégration dans l'équipe, stress et épuisement consécutif, rendement insuffisant et mécontentement de l'employeur. Ces difficultés sont en relation avec son handicap et ses problèmes neuropsychologiques.

En 2006, dans un travail à 60 % mieux adapté, elle a pu fonctionner d'une manière satisfaisante. Ce travail était temporaire et il est impossible de dire si la recourante ne se serait pas quand même épuisée à la longue.

Lors des entretiens avec la recourante, je n'ai à aucun moment eu l'impression qu'elle ne voulait pas travailler. Au contraire, elle est consciente de l'importance d'un travail pour son équilibre psychique et son estime de soi. Au vu des entretiens, de l'anamnèse et en se basant sur les rapports ci-joints on doit admettre que la recourante présente un handicap qui ne lui permet de poursuivre une activité professionnelle que si la place de travail est adaptée à son handicap et son temps de travail réduit (cf. point 15)."

c) Invitée à se déterminer, la recourante a estimé, par écriture du 16 décembre 2009, que, compte tenu des conclusions de l'expertise, l'OAI pourrait lui reconnaître le droit à une demi-rente, avec effet au 1^{er} janvier 2008, et proposé que le cas soit réglé par le biais d'une transaction dans ce sens.

Egalement invité à se déterminer, l'office intimé a produit, par écriture du 1^{er} février 2010, un avis médical rendu le 21 décembre 2009 par les Drs J. _____ et L. _____ du SMR, dont il résulte en particulier ce qui suit:

"Les expertises mises en place par le tribunal concluent qu'il n'y a pas d'empêchements ni du point de vue orthopédique, ni du point de vue de la médecine interne. Par contre des troubles neuropsychologiques ont été objectivés et précisés dans le cadre d'un bilan neuropsychologique fouillé, précis et qui nous convainc, il existe des troubles mnésiques modérés en modalité verbale ainsi qu'un dysfonctionnement exécutif et attentionnel modéré. Madame P. _____, psychologue, estime que ces problèmes s'inscrivent dans le syndrome de Turner qui affecte l'assurée depuis sa naissance. Elle apprécie l'exigibilité en page 4 de son rapport du 1^{er} octobre 2009 à 60 % justifié par les troubles neuropsychologiques.

- Dans l'activité actuelle l'exigibilité est de 50 % d'après le Dr B. _____" [...] "depuis août 2005" [...]
- Dans une activité adaptée l'exigibilité est de 60 %" [...] "(« Un emploi à temps partiel de 60 % au maximum dans un travail adapté serait justifié ») depuis août 2005."

[...]

"Notre avis est de faire nôtres les conclusions des experts nommés par le TCA."

Se référant à cet avis, l'OAI a relevé que l'activité actuelle de la recourante n'était pas totalement adaptée sur le plan orthopédique, compte tenu des limitations fonctionnelles décrites par le Dr X. _____, ce qui avait conduit les experts à retenir une capacité de travail résiduelle de

50 %; en revanche, dans une activité strictement adaptée, la capacité de travail serait entière sur le plan somatique, avec une diminution de rendement de 40 % en raison des problèmes neuropsychologiques. L'office indiquait n'avoir pas de raison de s'écarter de ces conclusions, et laissait à l'autorité de céans "*le soin de donner la suite qu'il conv[enait] à ce dossier*".

E n d r o i t :

1. **a)** A teneur 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 depuis 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 ainsi compétente pour statuer (art. 93 al. 1 LPA-VD).

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours suivant la notification de la décision entreprise (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]), le recours a été déposé en temps utile. Il satisfait en outre aux conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA; art. 79 LPA-VD, par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. Est litigieux en l'espèce le degré d'invalidité de la recourante, partant son droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

3. **a)** Selon l'art. 4 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20) en relation avec l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité la diminution de gain, présumée permanente ou de

longue durée, résultant d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

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

A teneur de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (correspondant à l'actuel art. 28 al. 2 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.

Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré actif, le revenu qu'il 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 utiles, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible le montant de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence, exprimée en pour-cent, permettant de calculer le degré d'invalidité

(VSI 2000 p. 82, consid. 1b; TF 9C_279/2008 du 16 décembre 2008,

consid. 3.1). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, les valeurs approximatives ainsi obtenues étant ensuite comparées. Une telle évaluation ne doit pas nécessairement consister à chiffrer des valeurs approximatives; une comparaison de valeurs exprimées simplement en pour-cent peut, le cas échéant, également suffire. Le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100 %, tandis que le revenu d'invalidité est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (comparaison en pour-cent; ATF 114 V 310, consid. 3a et les références;

TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010, consid. 3.1).

c) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. Selon la jurisprudence, il importe, pour conférer pleine valeur probante à une appréciation médicale, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions de l'experts soient dûment 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 122 V 157, consid. 1c et les références; ATF 125 V 351, consid. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise judiciaire, la tâche de l'expert consistant précisément à mettre ses connaissances spécialisées à la disposition de la

justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (cf. notamment TF 9C_298/2009 du 3 février 2010, consid. 2.2).

4. En l'espèce, il n'y pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise judiciaire diligentée par la Dresse B._____, dont les rapports établis _____ par _____ la Dresse W._____ (médecine interne), le Dr X._____ (chirurgie orthopédique) et Mme P._____ (neuropsychologie) font partie intégrante. Les _____ conclusions _____ de _____ la Dresse B._____ procèdent ainsi d'une appréciation consensuelle du cas, appréciation particulièrement étayée et dûment motivée qui remplit manifestement toutes les exigences posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. consid. 3c *supra*); dans leurs détermination du 16 décembre 2009, respectivement du 1^{er} février 2010, la recourante et l'office intimé ne le contestent du reste pas.

a) Il convient dès lors lieu de retenir que les atteintes présentées par la recourante entraînent les répercussions suivantes sur sa capacité de travail:

- Sur le plan de la médecine interne: la recourante ne présente aucune atteinte significative.

- Sur le plan locomoteur: la recourante présente principalement des séquelles d'une dysplasie bilatérale de hanches, plus marquée à droite. Sa capacité de travail n'est pas entamée dans l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles induites par cette atteinte, savoir dans toute activité ménageant la hanche droite - ce qui implique une activité exercée essentiellement en position assise -, et ne nécessitant ni montée et descente régulières d'escaliers ou de pentes, ni port de charges d'un poids supérieur à 10 kg, le périmètre de marche devant par ailleurs être limité à une heure au maximum à la fois.

A cet égard, certaines tâches confiées à l'intéressée dans le cadre de son activité actuelle ne sont pas suffisamment adaptées, en ce

sens qu'elle est trop longtemps debout et doit probablement porter trop de charges (tri du courrier debout et sa distribution), de sorte que sa place de travail devrait être aménagée.

- Sur le plan neuropsychologique: les déficits cognitifs spécifiques présentés par la recourante diminuent significativement son autonomie, notamment dans la gestion de situations complexes. Elle présente en outre des difficultés d'apprentissage et de récupération de l'information; sa mémoire à court terme est réduite, signifiant une limite à la quantité d'informations qu'elle peut traiter à la fois. Par ailleurs, sa capacité de gérer deux tâches en même temps est également réduite. Ce dysfonctionnement exécutif et attentionnel la rend particulièrement fragile en situation de stress, d'interférence ou de forte contrainte temporelle; elle a ainsi besoin de consignes claires et explicites lui permettant d'organiser son travail de manière séquentielle pour éviter de se disperser. Les difficultés d'attention divisée et de mémoire de travail peuvent se révéler particulièrement invalidantes dans une activité de secrétariat nécessitant la gestion de multiples tâches au cours d'une journée, de sorte qu'un emploi à temps partiel serait justifié.

Ces difficultés d'ordre neuropsychologique ont toujours existé, mais la patiente a réussi à les compenser au prix d'une importante fatigue la conduisant jusqu'à l'épuisement, malgré un temps de travail déjà réduit à 80 pour-cent. Elle n'arrive plus à compenser depuis le mois d'août 2005, soit depuis qu'elle a quitté son premier employeur pour débiter son activité auprès de la M._____. L'activité de réceptionniste exercée à 60 % auprès des K._____ dès le mois de juin 2006 était d'avantage adaptée à son handicap, de sorte qu'elle a pu fournir un travail satisfaisant sur une durée de 6 mois.

S'agissant de l'exigibilité sur le plan neuropsychologique, les déficits cognitifs de l'assurée sont de nature à diminuer significativement son autonomie dans la gestion de situations complexes, et altèrent son rendement et sa capacité de travail. Dans un cadre structuré, avec des demandes explicites, pour des tâches séquentielles, elle est à même de

fournir un travail de très bonne qualité sans nette altération du rendement (40 %); en revanche, en situation de stress, d'interférence ou de contrainte temporelle, il faut s'attendre à des oublis, des erreurs et à une efficacité très amoindrie (de l'ordre de 50 %). Une incapacité de travail plus élevée, de 50 % ou plus, n'est ainsi évoquée qu'hypothétiquement, en cas de réalisation des risques de coxarthrose, de stress important, d'aggravation de l'état dépressif et/ou d'augmentation des douleurs somatoformes. En d'autres termes, l'exercice d'une activité adaptée (cadre structuré, avec des demandes explicites, pour des tâches séquentielles) devrait être possible, depuis le mois d'août 2005, à "50-60 % *au maximum*" (cf. la réponse de la Dresse B. _____ au chiffre 11 du questionnaire qui lui était soumis, let. c).

b) S'agissant du caractère adapté de l'activité actuelle exercée par la recourante, compte tenu des limitations fonctionnelles sur les plans orthopédique et neuropsychologique rappelées ci-dessus, les experts ont constaté que l'organisation de son travail et certaines tâches qui lui étaient confiées n'étaient pas totalement adaptées à son état de santé, et retenu de ce chef une capacité de travail résiduelle de 50 % dans le cadre de l'emploi en cause - capacité susceptible d'être portée à "50-60 % *au maximum*" dans l'exercice d'une activité totalement adaptée. Cela étant, on ne saurait en conclure que l'activité habituelle de l'intéressée, savoir secrétaire ou employée de commerce, ne serait pas adaptée à son état de santé, respectivement qu'il serait exigible de sa part, dans le cadre de son obligation de diminuer le dommage, de changer de profession; force est bien plutôt de constater que, moyennant certains aménagements tels que proposés par les experts, dite activité, pour laquelle elle a obtenu un CFC, doit être considérée comme adaptée, ce d'autant plus que la recourante l'a exercée depuis plusieurs années, et ceci au-delà même de l'exigibilité reconnue sur le plan médico-théorique - quoique au prix d'efforts et d'une fatigabilité croissants. En d'autres termes, moyennant les aménagements en cause, il y a lieu de retenir que l'activité habituelle de l'intéressée est réputée adaptée aux limitations fonctionnelles induites par ses atteintes, respectivement que sa capacité de travail exigible serait

alors réputée de "50-60 % *au maximum*", soit de 55 %, dans l'exercice de cette activité, et ce depuis le mois d'août 2005.

Dès lors que l'activité habituelle de la recourante est ainsi réputée adaptée à ses atteintes, il en résulte un degré d'invalidité de 45 %, correspondant au taux d'incapacité de travail (comparaison en pourcent; cf. consid 3b *supra*). Un tel degré d'invalidité lui ouvre le droit à un quart de rente, et ce dès le 1^{er} août 2006 – soit à l'échéance du délai de carence d'une année (cf. art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007).

5. Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision réformée en ce sens que la recourante a droit à un quart de rente avec effet dès le 1^{er} août 2006.

6. a) A teneur de l'art. 69 al. 1bis LAI, lequel déroge au principe de 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Toutefois, selon l'art. 52 al. 1 LPA-VD, directement applicable aux causes pendantes lors de l'entrée en vigueur de dite loi (art. 117 al. 1 LPA-VD), des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les OAI (art 54 ss LAI).

Compte tenu de l'issue du litige, il n'y a dès lors pas lieu de percevoir des frais de justice.

b) La recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire autorisé, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

En l'espèce, il convient d'arrêter le montant des dépens à 2'000 fr. à la charge de l'intimé, qui succombe (55 al. 2 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision attaquée est réformée en ce sens que N. _____ a droit à un quart de rente depuis le 1^{er} août 2006.
- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à N. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.
- IV. Le présent arrêt est rendu sans frais.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à 1003 Lausanne (pour N. _____);
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à 1800 Vevey;
- Office fédéral des assurances sociales, à 3003 Berne;

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 fédérale 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 :