

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 mars 2010

---

Présidence de       Mme    THALMANN  
Juges     :       Mme Dormond Béguelin et M. Bonard, assesseurs  
Greffier        :       M. Addor

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à Penthalaz, recourante,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD** (ci-après : l'OAI), à Vevey, intimé.

---

**Art. 7 al. 1, 8 al. 1 et 16 LPGA; 4 al. 1 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** Q. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le 24 août 1959, mariée, est mère de trois enfants, nés respectivement en 1986, 1988 et 1994. Elle a exercé la profession d'infirmière-assistante jusqu'à la naissance de sa fille aînée en 1986, date à laquelle elle a cessé cette activité pour se consacrer à l'éducation de ses trois enfants. Elle n'a jamais repris d'activité professionnelle depuis lors, se limitant à soutenir occasionnellement son mari dans le cadre de l'exploitation agricole.

Le 14 juillet 2006, l'assurée a déposé une demande de prestations AI pour adultes, tendant à l'octroi d'une rente, en faisant état d'une sclérose en plaques reconnue depuis le 1<sup>er</sup> mai 2006. Dans un questionnaire signé par l'intéressée mais non daté, elle a indiqué que si elle était en bonne santé, elle travaillerait à 50% comme infirmière-assistante, par intérêt personnel et par nécessité financière.

**b)** Dans un rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2006 adressé à l'OAI, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin-traitant de l'assurée, a retenu les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de "sclérose en plaque d'apparition tardive et vraisemblablement de type primaire progressive" et d'"instabilité des genoux secondaire à une dysplasie rotulienne bilatérale". L'activité de ménagère est selon lui exigible à 50%, aucune autre activité n'étant cependant exigible. Il expose que l'intéressée est limitée dans ses activités ménagères et qu'elle doit être soulagée des activités physiques. Elle est en effet vite fatigable, souffre de jambes coupées à l'effort et d'une instabilité de ses deux jambes avec des menaces de chute en particulier à gauche. Une aide ménagère a dès lors été sollicitée avec l'accord préalable de l'assurance-maladie de l'assurée. Au reste, il estime que l'état de santé est stationnaire.

c) Une enquête économique ménagère a été effectuée le 21 décembre 2006. La personne chargée de l'enquête conclut comme suit son rapport :

"Mme Q. \_\_\_\_\_ a dû d'abord accuser le coup du diagnostic en mai 2006. Depuis, les atteintes n'ont pas fondamentalement changé et elle est de bonne volonté pour trouver différents moyens pour se soulager et essayer de garder ses capacités physiques actuelles. Pour l'instant, l'atteinte à sa santé l'handicape surtout au niveau de l'insécurité dans la marche et accroît sa fatigabilité. Tenant compte de ces facteurs, il paraît assez difficile d'envisager un emploi à temps partiel à l'extérieur, tel qu'elle l'avait prévu. L'assurée nécessite un suivi scrupuleux, afin de détecter rapidement une aggravation de son état".

Sur cette base, l'enquêtrice a retenu un statut d'active à 50% en tant qu'infirmière-assistante, actuellement sans emploi, et de ménagère à 50%. Le taux d'empêchement retenu dans les activités ménagères est de 22,8%. Quant au degré d'invalidité total, il s'élève à 36,4% et procède de la pondération suivante :

Activité	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Infirmière-assistante	50 %	50 %	25 %
Ménagère	50 %	22,8 %	11,4 %
Degré d'invalidité total			36,4 %

Mandaté par l'OAI afin de connaître les empêchements que l'assurée présente dans son activité de collaboratrice agricole, A. \_\_\_\_\_ Sàrl à [...] a réalisé un rapport d'enquête concernant l'exploitation agricole, daté du 22 décembre 2006; il contient les passages suivants :

"Etant donné que l'épouse ne s'impliquait pas dans les travaux agricoles avant la survenance de son handicap, à l'exception de coups de main occasionnels et de l'entretien du tour de la ferme, l'experte agricole ne peut pas vraiment retenir une collaboration perceptible et mesurable (2,6% selon le budget de travail). D'ailleurs la structure de taille moyenne de la ferme, constituée de grandes cultures sans animaux, ne le justifie pas.

De là il est fort probable que cette assurée aurait repris une activité à l'extérieur dans le domaine de la santé ou des prestations à domicile (CMS) pour subvenir aux besoins financiers engendrés par les adolescents en formation.

(...)

### **Changements dans l'exploitation et dans l'effectif du personnel**

L'exploitation ne génère pas une occupation régulière à plein temps. On peut distinguer des périodes d'importants ouvrages, notamment en début d'été pour l'entretien des cultures d'endives (position betterave rouge dans le programme) et des betteraves sucrières, ainsi qu'à l'automne lors des récoltes de ces deux cultures, où la force d'une personne seule ne suffit pas. Pour achever ces travaux, l'entraide avec d'autres agriculteurs est nécessaire, mais l'épouse n'y a jamais participé.

L'augmentation de surface de 10 ha pour 2007, agrandira certes le volume de travail, mais gardant la même structure sans bétail et avec grandes cultures, il ne paraît pas nécessaire qu'une aide supplémentaire devra être engagée à plus long échéance (à part des journées de récolte avec les machines).

### **Réadaptation**

L'assurée doit apprendre à gérer ses forces et ses moments de fatigue. Il ne paraît pour l'instant pas indiqué d'exiger une occupation en plus. La comptabilité est faite par le mari et l'assurée indique que cette tâche ne lui conviendrait pas, ne se sentant pas trop à l'aise avec les chiffres et les calculs.

### **Proposition**

Mme Q.\_\_\_\_\_ est certes épouse d'agriculteur et suit ainsi le rythme du travail agricole et rend de petits services pour soutenir son mari, mais l'attestation de collaboration avec implication financière ne paraît pas réaliste. Elle a préféré élever leurs trois enfants et rechercher une activité rémunératrice à l'extérieur au moment où le dernier approche la fin de scolarité. Elle se trouve actuellement gênée par son handicap, qui rend cette recherche de travail difficile".

**d)** Dans un rapport médical du 18 octobre 2007 adressé à l'OAI, le Dr K.\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics posés dans son rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2006. Il ajoute que l'assurée doit se faire aider par son mari et par une femme de ménage à raison de trois heures par semaine. Elle est en mesure de préparer les repas, mais doit marcher à l'aide d'un bâton ou d'une canne afin d'éviter d'éventuelles chutes dues à son instabilité. "Sur le plan psychologique elle présente un bon moral et une thymie normale, mais doit dormir douze heures par jour en raison d'une fatigue chronique et de la limitation fonctionnelle liée à sa maladie neurodégénérative. L'incapacité de travail peut donc toujours être estimée

à au moins 50% de façon durable et définitive" comme ménagère, l'état de santé de l'assurée étant considéré comme stationnaire. Aucune autre activité n'est exigible.

Dans un rapport médical du 11 février 2008 adressé à l'OAI, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de dysplasie rotulienne bilatérale avec status post-opératoire selon Roux en 1974 et de probable sclérose en plaques de type primairement progressive avec troubles de la marche et de l'équilibre ainsi que des troubles sphinctériens. Sous la rubrique "anamnèse", il s'exprime comme suit :

"Il s'agit d'une patiente âgée de 49 ans, qui a bénéficié en 1974 d'une intervention selon Roux au niveau des genoux pour une dysplasie rotulienne bilatérale qui s'est manifestée à l'époque par des luxations répétées. Elle avait présenté également quelques douleurs lombaires basses pour lesquelles des radiographies lombaires ont mis en évidence des anomalies transitionnelles en S1 avec hémilombalisation de S1 et discopathie L5-S1 associée.

La patiente m'a été adressée une première fois en août 2003 pour lâchages et pseudo-lâchages du genou gauche, tout particulièrement à la marche ainsi qu'à la descente des escaliers. Il y avait également des troubles statiques au niveau du genou avec une attitude en recurvatum. Il n'y avait pas de notion de sciatgies mais la patiente se plaignait déjà à l'époque d'une sensation d'étau et de paresthésies sans insensibilité au niveau de la cheville droite. Il existait également des urgences mictionnelles avec incontinence d'effort modérée. Il n'y avait pas d'autres troubles neurologiques.

A l'époque, l'examen neurologique mettait en évidence une hyperréflexie des MI, tout particulièrement à gauche, avec un signe de Babinski douteux ddc. Il n'y avait pas d'évidence pour une atteinte radiculaire.

Une IRM médullaire à la recherche d'une éventuelle atteinte centrale s'était révélée normale, sans myélopathie intrinsèque. Il existait, au niveau lombaire, uniquement une petite hernie médiane paramédiane droite luxée vers le bas en L4-L5, de découverte probablement fortuite.

En 2005, la patiente développe des paresthésies persistantes dans le territoire cubital de la main droite pour lesquelles elle a été vue sur le plan clinique et ENMG par le Dr T.\_\_\_\_\_ qui n'avait pas pu conclure à une atteinte périphérique. Les troubles sensitifs ont persisté depuis lors.

Par la suite, la patiente a développé une aggravation des troubles de la marche avec une faiblesse et une lourdeur des deux MI occasionnant une claudication avec une limitation du périmètre de

marche. Elle a également tendance à s'encoupler et à traîner les pieds. Elle signale également l'apparition de troubles distaux des MI. Devant cette aggravation, une IRM cérébrale est pratiquée le 27.04.06 et mettra en évidence plusieurs lésions de la substance blanche se manifestant par un hypersignal en T2, toutefois sans prise de contraste au Gadolinium.

Le 15.05.06, j'ai donc pratiqué une PL [ponction lombaire, réd.] qui mettra en évidence une synthèse intrathécale d'IgG avec un profil oligoclonal à l'électrofocalisation, donc tout à fait suggestif et compatible d'une atteinte démyélinisante.

Compte tenu de l'absence de véritables "poussées" et de l'âge de la patiente, on évoque avant tout une SEP de type primairement progressif pour laquelle aucun traitement immuno-modulateur n'est possible.

Depuis lors, la situation reste stable avec toujours des difficultés à la marche et des problèmes d'équilibre et d'occasionnels lâchages au niveau des genoux. Les troubles sphinctériens persistent également avec une miction impérieuse et une incontinence d'effort.

## **7. Thérapie / Pronostic :**

Il n'y a aucun traitement en cours.

Le pronostic dans les cas de SEP primairement progressive est tout de même moins favorable que dans les formes à poussées mais il m'est toutefois très difficile de me prononcer."

Le Dr X. \_\_\_\_\_ répond comme suit aux questions posées dans son annexe au rapport médical :

### **"1. Questions concernant l'activité exercée jusqu'ici :**

#### **1.1 Quelle est la répercussion de l'atteinte à la santé sur l'activité exercée jusqu'ici ?**

L'atteinte neurologique occasionne chez cette patiente surtout des troubles de la marche et de l'équilibre avec une nette limitation de ses capacités orthostatiques, la patiente pouvant difficilement rester en position debout de manière prolongée. De plus, son périmètre de marche est fortement limité. Dans ce contexte, le taux d'activité en tant qu'infirmière est de 50%.

#### **1.2 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Oui.**

A 50%, à savoir 4 heures par jour.

#### **1.3 Y a-t-il une diminution de rendement ? Oui.**

**Si oui, dans quelle mesure ?** de 50% sur une activité à 100%.

### **2. Questions concernant une éventuelle réinsertion professionnelle :**

**2.1 Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent, respectivement dans le domaine d'activité exercée jusqu'à présent ?** Non.

**2.2 Peut-on exiger que l'assurée exerce une autre activité ?**  
Oui.

**2.1.1 Si oui  
Quel genre d'activité est envisageable ?**

Il devrait s'agir d'une activité administrative ne nécessitant pas de déplacements, de port de charges ou de changements de position réguliers.

**Dans quelle mesure cette activité peut-elle être exercée (heure/j) ?**

4 heures par jour.

**2.2.2 Dans ce cadre horaire, faut-il s'attendre à une diminution du rendement ?** Non."

Dans le rapport médical concernant les capacités professionnelles du 8 février 2008, joint en annexe au rapport principal du 11 février 2008, le Dr X. \_\_\_\_\_ a considéré que la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée était de 60-70% environ, soit une activité de réceptionniste ou de saisie sur ordinateurs.

Dans un rapport médical du 10 mars 2008, le Service médical régional de l'AI (Drs S. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_) retient pour l'essentiel que le diagnostic de sclérose en plaques constitue une forme lentement progressive pour laquelle aucun traitement n'est proposé. L'assurée a de plus en plus de peine pour la marche et l'équilibre, surtout en terrain accidenté. Ces praticiens estiment que la capacité de travail est de 70% dans une activité entièrement adaptée aux limitations fonctionnelles, c'est-à-dire excluant la position debout prolongée et la marche, alors qu'elle est, suivant en cela l'avis du Dr X. \_\_\_\_\_, de 50% dans la profession d'infirmière-assistante.

**e)** Par projet de décision du 21 mai 2008, confirmé le 30 juin suivant, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assurée. Il a retenu que celle-ci ayant cessé son activité d'infirmière-assistante en 1986 pour se consacrer à la tenue de son ménage et à l'éducation de ses

enfants, elle devait être considérée comme ménagère à 100%. Or, l'enquête ménagère a mis en évidence que les empêchements rencontrés dans l'accomplissement des tâches ménagères et éducatives s'élèvent à 22,8%. Le droit à une rente doit être refusé, le seuil légal de 40% ouvrant le droit à une rente n'étant pas atteint.

A la suite de la demande de l'assurée, l'OAI lui a transmis le dossier constitué le 17 juillet 2008. Le 21 août 2008, le mari de l'intéressée a appelé l'OAI lui indiquant n'avoir qu'une partie de la deuxième page de la décision, de sorte qu'il n'a pas d'indications concernant les moyens de droit. Une nouvelle décision datée du 21 août 2008, identique à celle du 30 juin 2008 et munie des voies de droit, a été notifiée à l'assurée.

**B.** Le 13 octobre 2008, l'OAI a transmis au Tribunal des assurances du canton de Vaud un courrier du Dr X. \_\_\_\_\_ daté du 5 septembre 2008 contresigné par Q. \_\_\_\_\_. Faisant suite à une correspondance du 24 septembre 2008 à l'assurée lui demandant d'indiquer si le rapport médical du Dr X. \_\_\_\_\_ du 5 septembre 2008 devait être considéré comme un recours contre sa décision du 21 août précédent, l'OAI précisait dans son écriture du 13 octobre 2008 que tel devait être le cas. Dans son rapport du 5 septembre 2008, le Dr X. \_\_\_\_\_ s'exprimait comme suit :

"Je tiens à faire quelques rectifications en ce qui concerne sa [celle de l'assurée, réd.] capacité de travail. Il s'agit d'une patiente qui exerce actuellement une activité de ménagère. Toutefois, son but était de reprendre une activité d'infirmière-assistante en travaillant dans un EMS ou dans un CMS. Il est clair que, dans cette activité, la patiente a une incapacité de travail de plus de 50%, à savoir entre 80 et 100%, puisque son problème principal se situe au niveau de la marche et de la stabilité avec des phénomènes de lourdeur, de raideur et de lâchages assez fréquents des genoux, ce qui pourrait bien entendu être lourd de conséquences dans une activité d'aide-infirmière."

Dans sa réponse du 5 janvier 2009, l'OAI a confirmé les conclusions de sa décision, en ce sens que la recourante ne présente pas

un taux d'invalidité suffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Il propose dès lors le rejet du recours.

La recourante ne s'est pas déterminée.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, au vu de la signature apposée par la recourante au bas du rapport du Dr X. \_\_\_\_\_ du 5 septembre 2008, il y a lieu d'admettre que cet acte a été interjeté en temps utile et vaut recours, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse manifestement supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus de rente (cf. Exposé des motifs du projet de LPA-VD, pp. 46-47).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente une atteinte à la santé entraînant une incapacité de gain totale ou partielle – respectivement, pour la part ménagère, un empêchement d'accomplir ses travaux habituels – permanente ou de longue durée.

**3. a)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu 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.

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

**b)** L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du

droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci : méthode générale de la comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique. Le choix entre ces méthodes dépend du statut de l'intéressé : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel et assuré non-actif. Est en principe déterminante l'activité qu'exercerait l'assuré, s'il n'était pas atteint dans sa santé (ATF 117 V 194; RCC 1989 p. 125).

Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré selon la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec les art. 27bis RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201] et 16 LPGA, ainsi que l'art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA; cf. TF 9C\_713/2007 du 8 août 2008). L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 130 V 393 consid. 3.3; 125 V 146). Ces principes n'ont pas été modifiés à la suite de l'entrée en vigueur de la 5<sup>e</sup> révision de la LAI, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 (cf. art. 28a LAI).

Selon l'art. 28 LAI, dans sa teneur antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2004, 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 et à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1).

Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut

en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C\_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3).

**4.** Il est en l'espèce constant que la recourante est atteinte d'une sclérose en plaques de type primaire progressive. Cela étant, il convient en premier lieu d'examiner la question du statut de la recourante.

**a)** Selon la jurisprudence, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision, encore que, pour admettre l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en bonne santé, il faille que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (TFA I 792/02 du 27 janvier 2004, consid. 4.2 et les références).

En l'espèce, la recourante a cessé son travail d'infirmière-assistante à la naissance de sa première fille, en 1986, pour se consacrer ensuite à l'éducation de ses trois enfants, le cadet étant toujours scolarisé. Des pièces au dossier, il résulte que l'intéressée envisageait de reprendre l'exercice d'une activité lucrative, en tant qu'infirmière-assistante à 50%, à

l'approche de la fin de la scolarité de son fils cadet, né en 1994, soit vraisemblablement vers 2010. C'est donc à juste titre que l'OAI a considéré que l'assurée était ménagère à 100%, la recourante n'ayant en effet plus exercé d'activité lucrative depuis 1986. Au vrai, le statut prévalant au jour de la décision était celui de ménagère à 100%, l'exercice d'une activité à temps partiel ne s'étant pas concrétisé.

Dans ce cas, le taux d'invalidité se confond avec le total des empêchements ménagers relevés dans l'enquête du 21 décembre 2006, soit 22,8% (p. 4). Le seuil de 40% n'étant pas atteint (art. 28 LAI), le droit à une rente de l'assurance-invalidité n'est pas ouvert.

**b)** Cela étant, le fait de reconnaître, conformément aux conclusions de l'enquêtrice (p. 5 de l'enquête économique sur le ménage), un statut d'active à 50% et un statut de ménagère à 50% n'est pas non plus de nature à ouvrir le droit à une rente d'invalidité. En effet, le Dr X. \_\_\_\_\_ estime que la capacité de travail en tant qu'infirmière est de 50% (cf. rapport médical du 11 février 2008, p. 2); celle-ci se confond donc avec le taux d'activité, de sorte qu'il n'y a pas d'empêchement. La recourante ne subit donc pas de préjudice économique, le taux d'invalidité global s'élevant dans ce cas à 11,4% (22,8 x 50%), correspondant aux seuls empêchements ménagers.

**c)** Par surabondance, subsiste l'hypothèse dans laquelle on considère la recourante comme ménagère à 50% et active à 50%, tout en lui reconnaissant, sur la base du rapport du Dr X. \_\_\_\_\_ du 5 septembre 2008, une incapacité de travail totale dans la profession d'infirmière-assistante, alors qu'elle présente une capacité de travail de 70% environ dans une activité adaptée (cf. rapport du 8 février 2008 du praticien prénommé). Comme l'intéressée n'a plus repris son travail d'infirmière-assistante depuis 1986, il convient de s'appuyer sur le salaire issu de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) pour calculer le revenu sans invalidité (cf. ATF 126 V 75 consid. 3b/bb). Il y a ainsi lieu de se fonder sur le salaire 2007 (année d'ouverture du droit éventuel à la rente; ATF 135 V 58 consid. 3.1) pour déterminer ce revenu. Le revenu

mensuel pour les femmes exerçant des activités simples et répétitives dans le secteur privé s'élève à 4'019 fr. (ESS 2006, tableau TA1, niveau de qualification 4, p. 15). Comme les salaires bruts standardisés valent pour un horaire de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises suisses en 2007 (soit 41,7 heures; La Vie économique 5-2009, tableau B9.2, p. 94), ce montant doit être porté à 4'189 fr. 81 ( $4'019 \times 41,7 : 40$ ), ce qui donne un salaire annuel de 50'277 fr. 69. Indexé à 2007 (1,6%), le revenu sans invalidité est de 51'082 fr. 13.

Pour déterminer le salaire d'invalidé, il convient également de se fonder sur l'ESS 2007. Dès lors que la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée est de 70%, la diminution de rendement s'élève à 30%. Le salaire annuel d'invalidé est donc de 35'757 fr. 49 ( $51'082 \text{ fr. } 13 \times 30\%$ ).

Même avec une réduction de 25% du salaire d'invalidé, taux maximum admis par la jurisprudence pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (ATF 126 V 75 consid. 5b/cc), le taux d'incapacité de gain de 40% n'est pas atteint.

En effet, une fois la déduction maximale de 25% effectuée, le salaire d'invalidé s'élève à 26'818 fr. 12, d'où une perte de gain de 24'264 fr. 01, ce qui conduit à un degré d'invalidité de 47,50%. Or, comme le statut retenu est de 50% comme active, il n'y a pas de taux d'invalidité pour cette part. Le taux d'invalidité est ainsi égal au taux d'empêchement pour les tâches ménagères, savoir 11,4%.

**d)** En définitive, la décision attaquée échappe à la critique. Par conséquent, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision entreprise.

**5.** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations

de l'AI devant le Tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD), la recourante, au demeurant non assistée, n'obtenant pas gain de cause.

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision attaquée est confirmée.
- III. Un émolument judiciaire de 250 fr. (deux cent cinquante francs) est mis à la charge de la recourante.
- 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 :

- Mme Q. \_\_\_\_\_,
- 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 :