

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 août 2011

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : M. Dind et M. Bonard, assesseur
Greffier : M. Tissot

* * * * *

Cause pendante entre :

J. _____, à Lausanne, recourante,

et

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

Art. 6ss LPGA, 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. Mme J. _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1956, a déposé le 19 octobre 2006 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) sollicitant l'allocation d'une rente du fait de douleurs dorsales.

Selon le rapport du 13 décembre 2006 de son employeur, la fondation S. _____, l'assurée travaillait comme aide-infirmière et a occupé un poste à 80% du 1^{er} novembre 2004 au 31 janvier 2006. Elle a ensuite baissé son taux d'activité à 60% "sans indications particulières". Le rapport précisait aussi que l'assurée n'avait jamais été absente pour maladie ou accident.

Dans le questionnaire 531 bis, daté du 19 décembre 2006, l'assurée a écrit qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100% par nécessité financière.

Le Dr D. _____, médecin généraliste FMH à Lausanne, a indiqué, dans un rapport du 11 décembre 2006, accompagné d'un rapport spécifique sur les capacités professionnelles du 27 novembre 2006, que sa patiente souffrait de lombalgie depuis 1980, qu'elle avait travaillé d'abord à 80% et qu'elle avait dû ensuite diminuer son activité à 60% en raison des douleurs. Selon le médecin, l'état de santé de l'assurée était stationnaire et elle était capable de travailler à un taux d'environ 50% dans son activité habituelle d'aide-infirmière depuis le 1^{er} février 2006.

Sur demande de Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'Office), le Dr G. _____, rhumatologue FMH, à Lausanne, a établi une expertise, datée du 8 mai 2007, qui avait notamment la teneur suivante :

"4. DIAGNOSTICS

4.1 Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail

- Lombalgies chroniques avec épisodes d'exacerbation intermittente d'étiologie aspécifique
 - Pincement discal modéré L5-S1 et arthrose postérieure L5-S1
 - Déconditionnement physique.
- 4.2 Diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail
- Aucun

5. APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC

Nous sommes confrontés à une assurée âgée de 50 ans, Suisse d'origine [...] qui a bénéficié d'une scolarité obligatoire jusqu'à l'âge de 15 ans et qui n'a ensuite pas suivi de formation professionnelle. Après son arrivée en Suisse, elle a suivi l'Académie de Coiffeuse de [...] avec l'obtention d'un diplôme de coiffeuse, cependant elle n'aurait pas poursuivi cette activité. D'après ses déclarations, elle aurait ensuite travaillé à la fondation I. _____ comme animatrice pendant 5 ans puis elle est rentrée en [...] de 1988 à 2003 où elle aurait travaillé comme employée dans une papeterie. Dès son arrivée en Suisse en 2003, l'assurée a été pendant une année au chômage avant de suivre un cours d'auxiliaire de santé à la Croix-Rouge et notamment un stage à la Fondation S. _____ où elle a travaillé comme aide hospitalière. Après l'obtention du diplôme de la Croix-Rouge, elle a poursuivi son activité d'aide hospitalière à la Fondation S. _____ à un taux de 80 % depuis novembre 2004 jusqu'au mois de février 2006, puisqu'en raison de l'apparition de lombalgies, l'assurée a décidé de son propre chef de diminuer son taux d'activité à 60% sous les recommandations de son médecin traitant, le Dr D. _____, généraliste à Lausanne. Ce confrère lui a prescrit de la physiothérapie, des antalgiques, des anti-inflammatoires ainsi que des pommades d'anti-inflammatoires qui ont eu un effet favorable sur ses douleurs lombaires de type essentiellement mécaniques non-accompagnées par des radiculalgies. Le bilan radiologique qui a été réalisé en décembre 2006 au CHUV a mis en évidence un léger pincement discal L5-S1, ainsi qu'une arthrose facettaire L5-S1, sans autre anomalie notable. Suite à la diminution de son taux d'activité à 60%, l'assurée annonce que ses lombalgies ont diminué d'intensité, et qu'elles demeurent essentiellement mécaniques, et qu'elles dépendent principalement des positions statiques debout, assises prolongées et des activités qu'elle réalise à son travail notamment les transferts de patients et les activités de toilette et d'alimentation des patients. Présentement, les lombalgies semblent aller mieux puisque l'assurée avoue qu'elle ne prend plus aucune médication et qu'elle ne suit plus de physiothérapie depuis plusieurs semaines. Mme J. _____ n'a pas d'autres doléances que des lombalgies qui sont tantôt au niveau de la charnière dorso-lombaire, tantôt au niveau de la charnière lombo-sacrée et parfois elle souffre encore occasionnellement de douleurs de l'épaule droite.

L'examen clinique actuel objective au niveau du rachis lombaire, l'absence de syndrome lombo-vertébral significatif avec un Schober lombaire à 10/16 cm, une distance doigts-sol à 0 cm, on constate uniquement quelques dysbalances et des douleurs à la palpation des charnières lombo-sacrées et dorso-lombaires sans signe de la Sonnette, les inflexions latérales ainsi que l'extension ne sont pas limitées. En ce qui concerne l'examen ostéo-articulaire, on ne

constate qu'une très légère sensibilité à la manoeuvre de Jobe au niveau de l'épaule droite, mais il n'y a pas de signe de conflit sous-acromial ni aucune restriction fonctionnelle de la mobilité de l'épaule ni au niveau des autres articulations périphériques, enfin l'examen neurologique est quant à lui rigoureusement normal.

Dans ces conditions, on peut actuellement estimer que l'assurée dispose d'une capacité de travail de 75% d'un travail réalisé à 100%, (c'est-à-dire de 60% dans un travail réalisé à 80%) en tant qu'aide hospitalière principalement compte tenu de ses rachialgies intermittentes dans le cadre d'un déconditionnement physique dans un contexte de discopathie L5-S1 débutante avec arthrose facettaire L5-S1.

Il faut signaler que l'assurée ne manifeste pas de signe suggestif d'un syndrome d'amplification des symptômes, et que son comportement a été tout à fait adéquat sans majoration de ses plaintes avec une bonne collaboration lors de l'examen clinique.

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. Limitations qualitatives et quantitatives en relation avec les troubles constatés.

On peut estimer au vue des constatations de l'examen clinique et du bilan paraclinique radiologique, que présentement l'assurée a malgré tout certaines restrictions dans sa capacité de soulever et de porter des charges de plus de 15 kg, principalement dans les positions en porte-à-faux, notamment en raison d'une discopathie modérée L5-S1 avec arthrose facettaire postérieure. Ces limitations fonctionnelles conduisent ainsi à une capacité de travail de 75% dans une activité d'aide hospitalière pour les motifs évoqués ci-dessus. Il n'y a pas d'arguments à l'interrogatoire en faveur d'une comorbidité psychiatrique manifeste qui justifierait un complément d'expertise.

2. Influences des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici :

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Depuis novembre 2004, l'assurée a débuté une activité d'aide hospitalière et c'est au gré de cette activité qu'elle a ressenti la réapparition de lombalgies dont elle souffrait par intermittence depuis 1980, douleurs qui l'ont ainsi conduite à diminuer d'elle-même son taux d'activité à 60% sur les recommandations du Dr D. _____, son médecin traitant.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail ?

La capacité résiduelle de travail est de 75% dans son activité habituelle (qu'elle réalise encore à 60% pour un taux habituel de 80%, ce qui équivaut à un 75% d'un travail à 100%).

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ?

Oui mais essentiellement à un taux de 75%.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ?

Oui, elle a déjà été intégrée dans l'estimation de sa capacité de travail.

2.5 Depuis quand au point de vue médical y-a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Depuis février 2006.

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Il est resté inchangé en dépit des mesures thérapeutiques sous forme d'antalgiques, d'anti-inflammatoires et des séances de physiothérapie passive.

C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables?

Oui, dès à présent, car l'assurée dispose d'une bonne base scolaire, elle a déjà travaillé comme coiffeuse et dernièrement comme aide hospitalière et s'exprime tout à fait correctement en langue française et elle parle également l'arabe, dès lors des mesures en vue d'une réadaptation seraient tout à fait possible chez une assurée âgée que de 50 ans au moment de l'expertise. Dès lors, l'assurée pourrait bénéficier d'une évaluation en vue d'une réadaptation professionnelle.

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

2.1 Si oui par quelles mesures ?

Eventuellement par une intensification du traitement de ses lombalgies puisque d'après les propres dires de l'assurée, cette dernière n'aurait reçu que des traitements de physiothérapie passive et à quelques occasions des traitements d'antalgiques et d'anti-inflammatoires. Ainsi, elle devrait pouvoir bénéficier d'une intensification du traitement par un traitement de rééducation rachidienne multidisciplinaire comme il l'est prodigué par exemple dans le Service de Rhumatologie du CHUV chez le Dr T. _____ ou auprès du Dr X. _____, traitement de type cognitivo-comportemental, et elle pourrait aussi bénéficier d'une adaptation de son poste du travail avec un allègement du cahier des charges notamment en ce qui concerne les soins à prodiguer à des patients grabataires avec une éventuelle dispense de soulèvement de ports de charges de plus de 15 kg, et la possibilité d'alternance de position.

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?

De telles mesures pourraient permettre une augmentation indiscutable de sa capacité de travail jusqu'à un taux de 100%, bien-entendu en tenant compte des restrictions énumérées ci-dessus notamment en ce qui concerne le port et le soulèvement de charges de plus de 15 kg et la possibilité d'alternance de position.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée ?

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?

L'assurée aurait la possibilité d'effectuer toute activité où elle serait dispensée de porter ou soulever des charges de plus de 15 kg et où elle aurait le loisir d'alterner les positions et où elle ne devrait pas faire d'activité en position de porte-à-faux, à un taux de 100% par exemple dans un travail de surveillance ou de réceptionniste chez

une assurée qui s'exprime parfaitement en langue française et arabe.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée ?

À un taux de 100%.

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ?

Non, dans une activité adaptée où il ne devrait pas y avoir de baisse de rendement. "

Le 9 juillet 2007, le Dr V._____, du Service médical régional (ci-après: SMR), a établi un rapport préconisant de suivre l'expertise et donc de retenir que dans une activité adaptée, soit plus légère et épargnant le rachis, la capacité de travail de l'assurée était totale.

Un rapport d'enquête ménagère du 7 novembre 2007 établi par l'OAI, par son service chargé de l'instruction des cas, a conclu à un taux d'invalidité de 14.6%, mais tout en précisant qu'il fallait retenir un statut de 100% active pour l'assurée.

A la demande de l'OAI, l'employeur de Mme J._____ a indiqué, par attestation du 11 mars 2008, que le salaire mensuel brut de cette dernière pour 2007 aurait été de 3'700 fr. 25 par mois. L'employeur mentionnait encore à la rubrique treizième salaire et gratification, qu'un treizième salaire était versé, inscrivant un montant de 3'615 fr. 90 à cette rubrique.

Le 28 mars 2008, l'Office a établi un projet de décision selon lequel le degré d'invalidité de la recourante s'élevait à 7.08%. Il considérait que, dès février 2006, l'assurée pouvait travailler dans une activité adaptée à 100%, précisant qu'était décisive, non pas l'activité que l'assurée consentait à accomplir, mais celle que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle dans une situation médicale donnée. En conséquence, l'Office retenait pour l'assurée un statut d'active à 100% et lui déniait le droit à une rente ou à des mesures de reclassement.

L'assurée a formé des objections par courrier du 26 avril 2008. Elle exposait que, contrairement à ce que semblait retenir le projet de

décision, elle avait repris le travail à 60%, mais que ce taux était trop élevé, considérant l'état de son dos et ses douleurs. Elle se référait une nouvelle fois à l'avis de son médecin traitant, le Dr D._____, selon lequel elle présentait un capacité de travail de 50% dans son activité habituelle. Elle joignait à son courrier une fiche indiquant un salaire de référence de 3'733 fr. 45 brut, pour une activité à 100%.

Par décision du 15 décembre 2008, l'Office a confirmé son projet de décision, niant le droit de l'assurée à une rente ou à des mesures de reclassement. Dans une lettre d'accompagnement du même jour, il a exposé plus avant à l'assurée les raisons pour lesquelles les conclusions de l'expertise du Dr G._____ avaient été retenues, ainsi que la manière dont le revenu d'invalidé avait été déterminé.

B. L'assurée a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision par acte du 28 janvier 2009, concluant implicitement à sa réforme dans le sens de l'octroi de prestations AI. En substance, elle fait valoir que, contrairement à ce que soutiendrait l'OAI, elle n'a pas cessé de travailler à la fondation S._____, depuis le 1^{er} novembre 2004. Elle conteste les résultats de l'expertise du Dr G._____, précisant que ce rapport ne lui a pas été remis et qu'elle souhaiterait en avoir connaissance, ainsi que la référence aux données résultant des enquêtes sur la structure des salaires (ci-après: ESS), établies par l'Office fédéral de la statistique.

Par réponse du 8 avril 2009, l'Office a conclu au rejet du recours et a produit son dossier.

E n d r o i t :

1. 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'assurance-invalidité à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20) ne déroge expressément

à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) devant le tribunal des assurances compétent, à savoir en principe celui du canton de domicile de l'assurée au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA), 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 compte tenu des fêtes de fin d'année, devant le tribunal compétent et selon les formes prescrites par la loi (art. 38 al 4 let. c, 60 et 61 let. b LPGA), est donc recevable.

2. 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. L'art. 6 LPGA définit la notion d'incapacité de travail comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de gain de longue durée, l'activité exigible de sa part peut également relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 al. 1 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, 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. Dans sa teneur actuelle, l'art. 28 LAI, reprend cette même gradation, mais à son al. 2 (RO 2007 5129).

b) Le rôle principal de l'assurance-invalidité consiste à éliminer ou à atténuer au mieux les effets préjudiciables d'une atteinte à la santé sur la capacité de gain de la personne assurée, en privilégiant au premier plan l'objectif de réinsertion dans la vie professionnelle active ou dans le secteur d'activité initial, et au second plan le versement de prestations en espèces (Message du 22 juin 2005 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5^e révision de l'AI], FF 2005 4223, n. 1.1.1.2). L'examen d'un éventuel droit à des prestations de l'assurance-invalidité doit par conséquent procéder d'une démarche investigative au centre de laquelle figure avant tout la valorisation économique des aptitudes résiduelles - fonctionnelles et/ou intellectuelles - de la personne assurée. Les mesures qui peuvent être exigées d'un assuré doivent être aptes à atténuer les conséquences de l'atteinte à la santé (arrêt 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 4.4.1).

c) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références).

Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives

doivent notamment être pris en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (arrêts I 750/04 du 5 avril 2006 consid. 5.3, in SVR 2007 IV n° 1 p. 1 ; I 11/00 du 22 août 2001 consid. 5a/bb, in VSI 2001 p. 274).

Ainsi doit-on pouvoir exiger de celui qui requiert des prestations qu'il prenne toutes les mesures qu'un homme raisonnable prendrait dans la même situation s'il ne pouvait attendre aucune indemnisation de tiers. Parmi les exigences qui peuvent être posées à un assuré au titre de son obligation de réduire le dommage, l'administration ne doit pas se laisser guider uniquement par l'intérêt général à une gestion économique et rationnelle de l'assurance, mais doit également tenir compte de manière appropriée du droit de chacun au respect de ses droits fondamentaux. La question de savoir quel est l'intérêt qui doit l'emporter dans un cas particulier ne peut être tranchée de façon définitive. Cela étant, plus la mise à contribution de l'assureur est importante, plus les exigences posées à l'obligation de réduire le dommage devront être sévères. C'est le cas, par exemple, lorsque la renonciation à des mesures destinées à réduire le dommage conduirait à l'octroi d'une rente ou au reclassement dans une profession entièrement nouvelle. Conformément au principe de la proportionnalité, il convient en revanche de faire preuve de prudence dans l'invocation de l'obligation de réduire le dommage lorsqu'il s'agit d'allouer ou d'adapter certaines mesures d'ordre professionnel afin de tenir compte de circonstances nouvelles relevant de l'exercice par l'assuré de ses droits fondamentaux. Demeurent réservés les cas où les dispositions prises par l'assuré doivent être considérées, au regard des circonstances concrètes, comme étant tout simplement déraisonnables ou abusives (ATF 113 V 22 consid. 4d p. 32s. ; MARC HÜRZELER, Prävention im Haftpflicht- und Sozialversicherungsrecht, in Prävention im Recht, 2007, p. 172 ss ; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 7.2.2 ; TF 9C_578/09 du 29 décembre 2009, consid. 4.2.3).

3. a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé

avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2).

b) Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; VSI 1999 p. 182).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles

et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Le juge des assurances sociales ne peut substituer son appréciation à celle de l'administration sans motif pertinent (ATF 137 V 71 consid. 5.2 ; ATF 126 V 75 consid. 6 ; TF 9C_1078/2009 du 12 juillet 2010 consid. 5.1 ; TF I 797/2006 du 21 août 2007 consid. 6 ; voir aussi TF 9C_177/2008 du 9 décembre 2008 consid. 4).

4. a) En l'occurrence, il résulte de l'expertise du 8 mai 2007 du Dr G. _____ - figurant dans le dossier de l'intimé et produit par celui-ci, ce dont la recourante a eu connaissance - que, dans son activité d'aide-infirmière, la capacité de travail de la recourante est de 75%. Selon ce médecin, la capacité de l'assurée serait en revanche entière dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles indiquées, soit l'interdiction du port de charges de plus de 15 kg et lui offrant la possibilité d'alterner les positions.

L'expertise du Dr G. _____ comprend une anamnèse détaillée. Elle décrit les plaintes de la recourante et a été établie après un examen clinique. Ses conclusions sont bien motivées et convaincantes. Elle remplit ainsi les réquisits jurisprudentiels et doit se voir accorder une pleine valeur probante. Elle prévaut ainsi l'avis du médecin traitant de la recourante qui, d'une part, n'est pas un spécialiste en rhumatologie et, d'autre part, est enclin peut-être à plus d'empathie pour sa patiente (cf. ATF 135 V 465, consid. 4.5 ; ATF 125 V 351, consid. 3b/cc).

b) On doit donc admettre que la capacité de travail de la recourante est entière dans une activité adaptée et que l'on peut exiger d'elle, en application de son obligation de diminuer le dommage, qu'elle change de profession, surtout si dans son poste actuel son cahier des charges ne peut être réaménagé comme le suggère le Dr G. _____ (cf.

expertise du 8 mai 2007, p. 8). La Cour constate par ailleurs qu'au moment de la décision litigieuse, en décembre 2008, la recourante était âgée de 52 ans, disposait d'une bonne base scolaire et parlait le français et l'arabe. Par le passé, elle a obtenu un diplôme de coiffeuse, a travaillé en tant qu'animatrice, puis, en [...], en tant qu'employée dans une papeterie. Ce n'est qu'après 2003, et son retour en Suisse, que l'assurée a suivi une formation et exercé comme aide-infirmière. Le simple fait que la recourante aime ce dernier métier, comme elle l'écrit dans son recours du 28 janvier 2009, n'est ainsi pas déterminant. Du point de vue des critères subjectifs, l'OAI pouvait donc à bon droit retenir que l'on pouvait attendre de l'assurée qu'elle exploite pleinement ses capacités de gains, au besoin par un nouveau changement de profession qui lui permettrait de valoriser l'entier de sa capacité de travail et de réaliser un revenu correspondant à un taux d'activité de 100%.

Cela étant, sur le principe, c'est à juste titre que l'Office a pris comme base de calcul pour déterminer le revenu d'invalide l'ESS, particulièrement le salaire de référence d'une femme effectuant des activités simples et répétitives (TA1, niveau de qualification 4), et non le revenu effectivement réalisé par la recourante dans son activité d'aide-infirmière.

Cependant, la capacité de travail de la recourante était réduite dès 2006 ; un éventuel droit à la rente n'était donc pas ouvert, avant 2007 (cf. art. 29 al. 1 LAI). Il convient ainsi de prendre en compte de la statistique ESS pour l'année 2006, dans des activités simples et répétitives, soit 4'019 fr. mensuels pour un horaire de 40 heures, d'en projeter les résultats compte tenu de la durée moyenne du travail cette année-là, soit 41.7 ($4'019 \times 41.7 : 40 = 4'189.80$). Le résultat annualisé ($4'189.80 \times 12 = 50'277.60$) doit encore tenir compte de l'évolution des salaires en 2007 (1,6%), pour aboutir à 51'082 fr. 05. Enfin, l'OAI a admis un abattement de 10% sur lequel la Cour n'a pas de raison de revenir, au vu notamment de limitations fonctionnelles pas entièrement limitatives et de l'âge de l'assurée (cf. TF 9C_1030/2008 du 4 juin 2009 consid. 3).

Compte tenu de cet abattement, le salaire annuel exigible s'élève à 45'973 francs.

Le salaire qu'aurait pu réaliser l'assurée dans son emploi actuel auprès de la fondation S._____, en 2007, était de 48'103 fr. (3'700 fr. 25 x 13 ; cf. attestation de l'employeur du 11 mars 2008). La perte de gain annuelle s'élève donc à un montant de 2'130 fr. (48'103 - 45'973 fr.) et le taux d'invalidité à 4,43% (2'130 x 100 : 48'103). Les quelques incertitudes quant à l'interprétation que donne l'OAI, dans sa décision, du salaire annoncé par l'employeur (non prise en compte de la mention d'une somme de 3'615.90 fr. qui pourrait être une gratification), n'ont pas à être levées, dès lors que la perte de gain subie par la recourante serait quoiqu'il en soit largement inférieure à celle qui lui ferait reconnaître un degré d'invalidité de 40%, ouvrant le droit au quart de rente de l'assurance-invalidité. C'est ainsi à raison que l'OAI a dénié à la recourante le droit à la rente.

Vu ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

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. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; 49 al. 1 de la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD, RSV 173.36]). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; 61 let. g LPGA).

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

prononce :

- I.** Le recours déposé le 28 janvier 2009 par J._____ est rejeté.
- II.** La décision rendue le 15 décembre 2008 par l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- J. _____
- 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 :